UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 152

L'OCCLUSION INTESTINALE DANS LES FIBROMES DE L'UTÉRUS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1934

PAR

Jean-Gabriel-Paul-Antoine-Fréjus GEMAIN

Né à Benesse Marenne (Landes), le 12 janvier 1908.

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*

PAPIN, professeur..... *Juges*

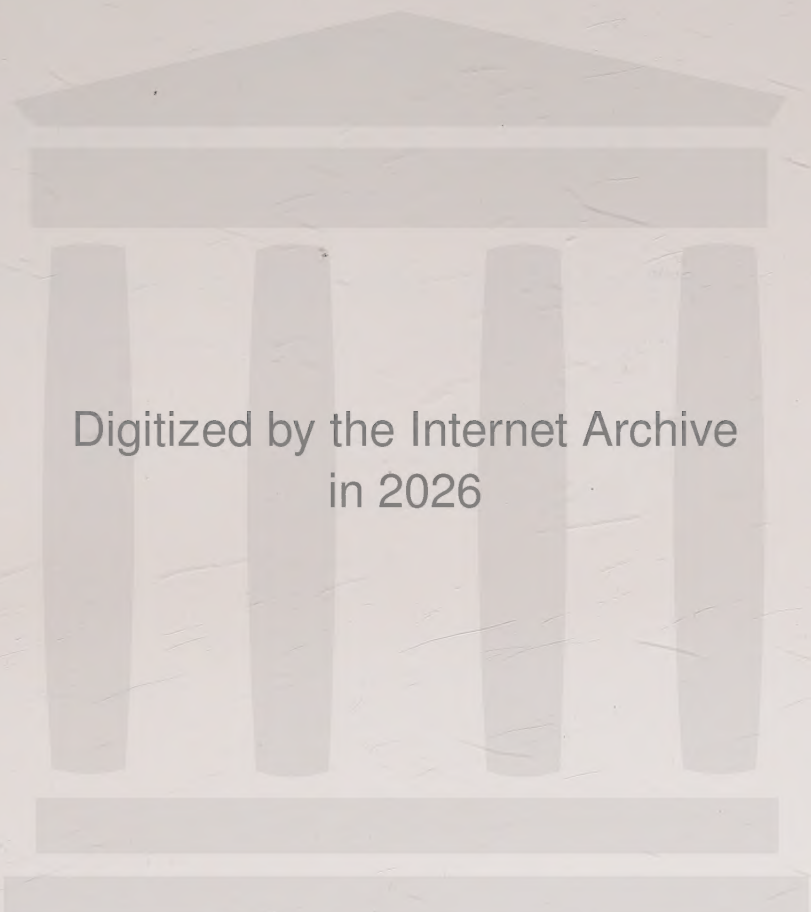
JEANNENEY, professeur..... *Juges*

CHARRIER, agrégé..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0014

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 152

L'OCCLUSION INTESTINALE DANS LES FIBROMES DE L'UTÉRUS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1934

PAR

Jean-Gabriel-Paul-Antoine-Fréjus GEMAIN

Né à Benesse Marenne (Landes), le 12 janvier 1908.

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*

PAPIN, professeur..... } *Juges*

JEANNENEY, professeur..... } *Juges*

CHARRIER, agrégé..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Doyen Honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ. BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE,
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale.	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique dentaire	CAVALIE.

MICHELEAU (Médecine générale).
MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN

	MM
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)

	MM.
Puériculture	FAUGERE.
Pharmacie chimique	VITTE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle . . . . . GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire . . . . . DELGUEL

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE ET A MA MERE

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

En remerciement de l'enseignement qu'ils nous ont donné et qui nous a fait comprendre et aimer davantage la médecine.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL ANDRÉ BOURSIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
DE PHILADELPHIE, DE BUCAREST ET DU BRÉSIL
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'ORDRE DE SAINT-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Une malade porteuse d'un volumineux fibrome est brusquement prise d'une crise aiguë d'occlusion intestinale.

Ni l'examen, ni l'interrogatoire ne permettent le diagnostic d'une autre cause d'occlusion.

Le fibrome est-il, comme il le paraît, réellement responsable ? A l'intervention, on trouve après hystérectomie, en explorant l'intestin, qu'une anse grêle est étranglée dans un orifice épiploïque.

Le fibrome est hors de cause.

Et cependant, tous les classiques citent l'occlusion intestinale parmi les complications des fibromes. Existe-t-elle réellement ?

Tel est le cas observé par M. le Professeur Guyot et à l'occasion duquel il voulut bien nous confier l'étude de cette forme d'occlusion.

Puisse notre travail avoir atteint le but qu'il s'était fixé et avoir apporté une modeste contribution à la science médicale.

Ce sera là, et notre plus grande joie et notre plus grande fierté.

INTRODUCTION.

Si, faisant un instant abstraction de la clinique, nous envisageons du point de vue purement anatomique le retentissement que peut avoir sur les viscères pelviens l'augmentation de volume pathologique de l'utérus, quelles déductions pourra former notre raisonnement d'anatomiste ? N'est-il pas logique de penser que la voie urinaire, en avant, pâtit de cette hypertrophie, et en particulier la vessie ? Leur fonctionnement normal ne doit-il pas être troublé ? La logique répond oui et la clinique confirme le raisonnement.

Dans les hypertrophies utérines, dans les fibromes surtout — et c'est là l'objet de notre travail — les troubles urinaires sont en effet de règle. A un premier stade d'hypertrophie, la vessie, comprimée en avant contre le pubis qui constitue la paroi antérieure du canal osseux formé par le petit bassin, extériorise sa souffrance : dysurie, polyurie et surtout pollakyurie sont, au cours de l'évolution d'un fibrome, des troubles assez connus pour que nous ne fassions que les citer.

A un stade plus avancé, la vessie après avoir longtemps lutté contre l'obstacle qui gêne sa déplétion, peut être vaincue : nous assistons alors à des phénomènes de rétention plus ou moins complète. Parfois même, cette rétention, dans certains cas aiguë et subite, sera le premier symptôme de la tumeur utérine.

Mais la voie urinaire n'est pas seule à entrer en rapport avec le système génital dans le pelvis. La portion terminale du tube digestif est aussi en contact avec la face postérieure de l'appareil génital.

Et là aussi, le raisonnement — abstraction faite de la clinique toujours — tend à nous faire considérer comme probables des troubles du transit intestinal normal, dans les fibromes utérins. Troubles qui, comme en avant pour l'appareil urinaire, doivent présenter des degrés divers.

Ne peut-il y avoir une oblitération du tube intestinal plus ou moins complète, subocclusion tout d'abord, l'évolution anatomique du fibrome amenant ensuite une occlusion complète ?

Logiquement, cela paraît tout à fait possible. L'anatomiste semble devoir à bon droit conclure que l'occlusion intestinale puisse être une complication assez fréquente des fibromyomes utérins. Son raisonnement est-il contredit par la clinique ou bien au contraire confirmé ? C'est ce que nous tenterons de rechercher au cours de notre travail qui peut se résumer ainsi : « Les fibromes utérins peuvent-ils déterminer de l'occlusion intestinale. »

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Malheureusement au point de vue logique, la littérature médicale ne vient pas fournir de nombreuses confirmations de notre raisonnement d'anatomiste. Rares en sont en effet les observations et GUYON dans sa thèse d'agrégation pouvait dire en relatant les trois cas que Guéniot présentera à la Société de Chirurgie sous la paternité de FAUCON :

« Lorsque je traitais des corps fibreux de l'utérus pour ma thèse d'agrégation, j'avais par avance la persuasion que je trouverais bon nombre d'observations analogues à celles qui font le sujet du travail de M. FAUCON. Cet « *a priori* » ne se réalisa pas. Malgré les recherches les plus minutieuses je ne trouvais que les trois cas qui sont dans ma thèse. J'avais pensé que les corps fibreux de la paroi postérieure comprimeraient le rectum, que les anses intestinales pourraient s'enrouler autour de certains polypes, mais je n'en ai trouvé aucun exemple... » Ainsi, déjà à cette époque, les occlusions par tumeurs fibromateuses semblaient fort rares. Cependant Guéniot plus tard, relatait à la Société de Chirurgie un mémoire de Faucon où ce dernier étudiait « une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystéromes.

Mais ce mémoire de Faucon n'était pas d'une documentation bien vaste puisqu'il ne comprenait que cinq observations. Dans la discussion, Stolz déclare n'avoir jamais rencontré cette complication. Marc Sée en rapporte deux

cas cités par Leblond dans « Les Indications de la Gastrotomie ».

Dans la *Gazette médicale de Paris*, de février 1857, Forestié cite une observation, puis Jude Hue en communique deux à la Société de Chirurgie en 1875. En 1883, Schwartz publie deux cas dans la *Revue de Chirurgie*.

Cullingworth, en 1898, signale à la Société de Gynécologie de Londres « un fibromyome de l'utérus ayant déterminé la mort par occlusion deux ans après la ménopause ».

Le début du XX^e^ siècle est marqué dans l'étude de cette question par un publication de l'école bordelaise, dans la *Revue mensuelle de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux* ; M. le professeur G. Chavannaz, alors agrégé, nous relate deux observations que nous rapportons plus loin.

En 1905, une observation du professeur Boursier suscite une étude intéressante de Mazet.

Puis nous franchissons une longue étape — marquée hélas ! dans sa dernière partie la Grande Guerre — où nous ne trouvons aucune publication.

En 1922, Bernadet dans sa thèse de Toulouse signale aussi la rareté des occlusions d'origine fibromateuse.

En 1926, Mathieu rapporte dans la *Gazette des Hôpitaux de Paris* une occlusion par grand fibrome calcifié.

De même, à l'étranger, la littérature est bien peu prolixe sur ce sujet. Nous ne trouvons guère que Cullingworth, en 1898 ; Trawers, en novembre 1901, en Angleterre ; Perez-Fontana de Montevideo, en 1923 ; Holden en signale dans les *Archives of Surgery* de Chicago en 1926 et F. Sennewald en rapporte huit cas en août 1930 dans le *Zentralblatt für Gynäkologie*.

Pour tous ces auteurs, l'occlusion intestinale due à une fibromatose utérine est un fait acquis, et à l'appui viennent leurs observations. Mais certains chirurgiens considèrent cependant que cette modalité d'occlusion est tellement exceptionnelle que l'on peut mettre en doute la réalité de son existence. Parmi eux, M. S. Okinczyc, présentant deux ma-

lades à la Société nationale de Chirurgie pose comme bien improbable l'origine utérine de ces occlusions. Le Bulletin et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie publie en effet sous sa signature, à la date du 8 avril 1933, un article que nous relaterons plus loin avec les observations que nous avons pu recueillir et dont nous extrayons ce passage : « Un fibrome peut-il par compression provoquer une occlusion intestinale, vraie, aiguë, complète avec arrêt des matières et des gaz ?

Il y a déjà trois ans, à la même tribune, le 19 février 1930, j'avais conclu par la négative et je mettais en garde notre perspicacité, quand nous trouvions chez une malade associés, les signes d'un fibrome et ceux d'une occlusion. »

Cette négation est en opposition avec les observations de malades que nous avons recueillies. Nous avons cependant trouvé des cas analogues à ceux que cite M. Okinczyc, où le fibrome, mis en cause dans le diagnostic préopératoire, n'était pas responsable ou du moins seul responsable des accidents aigus d'occlusion. Quelles conclusions en tirer ?

Oui ou non y a-t-il des occlusions vraies par fibrome indiscutablement établies et comment se produisent-elles ?

C'est ce que nous nous proposons de rechercher dans notre travail, après étude des observations recueillies et interprétation raisonnée des faits.

Chapitre II

OBSERVATIONS.

Nous avons préféré, rompant un peu avec la forme habituelle, citer les observations recueillies, tout au début de notre ouvrage. Notre travail est en effet fondé, pour sa plus grande partie, sur leur analyse et leur interprétation.

Observation I

(In thèse Vlachos)

Occlusion par fibrome. — Réduction manuelle. — Guérison.

Mme D..., 55 ans, 2 enfants, ,sent son ventre grossir progressivement sans douleur, pendant l'année 1916, en même temps qu'elle perçoit hors de ses règles des métrorragies avec caillots. En 1917, ménopause. En mars 1918, le Dr Douay, chirurgien de secteur, à Neufchâteau, fait appeler son confrère le Dr Reverchon, de Nancy, auprès de cette malade, qui présente des signes d'occlusion intestinale.

Depuis trois jours, arrêt des matières et des gaz, ballonnement du ventre, vomissements. Les accidents ont débuté huit jours auparavant.

Le dimanche matin, la malade a fait une chute, glissant sur le dos toutes les marches du perron. Elle a alors la sensation que quelque chose s'est déplacé dans son ventre. Elle souffre des reins et s'est couchée. Depuis, pas de selles, les gaz passent ; les urines sont fréquentes, mais peu abondantes.

Après quelques lavements sans effet, elle se purge.

Le septième jour, des coliques violentes apparaissent. Les jambes sont très faibles, incapables de porter le poids du corps.

Examen. — On trouve un fibrome pelvien, du volume d'une tête d'enfant, enclavé dans le bassin. L'occlusion mécanique est complète ; au toucher rectal, le doigt est arrêté à cinq ou six centimètres de l'anus. A ce moment, les vomissements

sont espacés, ayant mauvais goût ; entre eux, la malade a une odeur de matières dans la bouche.

Pas de température, pouls bon, un peu rapide, état général satisfaisant.

Ne pouvant faire transporter la malade à l'ambulance immédiatement, on tente prudemment la réduction manuelle.

En deux reprises, après repos intermédiaire de dix minutes, les manœuvres réussissent, la malade se sent soulagée. Les gaz commencent à passer quelques heures après. C'est seulement quelques jours après que le cours normal des matières est rétabli. La paralysie partielle des membres inférieurs est disparue au troisième jour. Le médecin conseille à la malade de se faire opérer sans tarder.

Il revoit la malade en septembre 1918 ; il trouve un fibrome mobile, rond, de volume nettement plus petit, sans bosselures, pas œdémateux.

Aucune perte ne s'est produite. Il persévère cependant dans son conseil d'opérer.

En août 1919, la malade vient à Paris, et M. Douay constate avec stupeur que le fibrome a disparu : l'excavation est libre, rien dans l'abdomen. Le corps utérin est un peu volumineux, et on sent à la partie antéro-latérale gauche une petite masse ronde, dure, mobile, paraissant faire corps avec l'utérus ; la grosseur est environ celle d'une noix. C'est bien certainement ce qui reste du gros fibrome constaté l'année précédente.

Col gros, un peu mou.

En novembre 1919, la malade revient pour de petites pertes de sang.

L'utérus est toujours petit avec un noyau fibreux. Le col, gros, laisse sortir un petit polype de la grosseur d'un noyau de cerise. Ablation immédiate.

La malade est revue en bon état : pas de pertes, col ferme, dur, avec petit noyau fibreux de la grosseur d'une petite prune. On constate, en outre, un prolapsus génital : cystocèle et rectocèle (troisième degré).

Observation II

(P[r] G. Chavannaz, 1901).

Occlusion par fibrome. — Laparotomie. — Syncope. — Mort.

Femme de 49 ans, toujours bien portante, qui a mené à bien quatre grossesses.

Les accidents ont débuté en août 1901. Le 27, elle ressent

dans l'abdomen quelque chose d'indéfinissable, comme si quelque chose se démolissait, mais sans douleur ni vomissements. Le lendemain, le Pr Chavannaz constate la présence d'une tumeur hypogastrique qui lui paraît rattachée à l'utérus. Les culs-de-sac vaginaux sont libres. Les règles, toujours irrégulières, datent d'une dizaine de jours ; elles ont été suivies d'un petit écoulement durant quatre jours ; légère augmentation de température.

Le traitement consiste en lavements, rhubarbe et glace sur l'abdomen.

Le 1er septembre, apparaissent des vomissements ; suppression des gaz et des matières.

Le 2, vomissements fécaloïdes persistants, le lendemain, avec des douleurs très vives dans tout le ventre. La malade ne rend ni matières ni gaz, malgré limonade purgative prise le matin même.

Au toucher vaginal : col petit, non induré ; rien dans les culs-de-sac, et l'utérus, autant qu'on puisse en juger, est légèrement mobilisable. Facies grippé, température 37,2, pouls à 140.

Rien à l'auscultation pulmonaire. Le toucher rectal ne constate aucun effacement du rectum. En raison de la gravité des accidents, la malade est transportée à l'hôpital où l'on pratique un anus contre nature.

En suivant l'intestin grêle jusqu'au petit bassin, on constate que l'anse terminale grêle passe en arrière d'une tumeur qui fait corps avec l'utérus. L'anse grêle est réunie à la tumeur par des adhérences fibrineuses faciles à détacher ; elle est comprimée entre la face postérieure de la tumeur et l'angle sacro-vertébral. Dans la zone comprimée, l'intestin est très fortement congestionné, mais n'est le siège d'aucun procéssus de mortification. Au-dessus, il reprend son aspect normal, sauf qu'il est à ce niveau et au-dessus très fortement distendu. Malheureusement, pendant qu'on essayait d'évacuer l'intestin, la malade était prise de vomissements, elle rejette une quantité énorme de matières fécaloïdes qui, malheureusement, pénètrent dans la trachée. Il y a brusquement arrêt de la respiration et du pouls.

La mort survient immédiatement.

Autopsie. — On ne trouve aucune altération de la continuité de l'intestin, aucune tumeur de ses tuniqes. On voit nettement la partie comprimée par la tumeur. La tumeur, cause de l'oc-

clusion, consiste en un fibrome à peu près régulièrement ellipsoïdal implanté sur le fond utérin par un large pédicule.

L'utérus est lui-même petit ne mesurant, en totalité et extérieurement, que cinq centimètres de hauteur ; le fibrome mesure 16 cm. 5 en hauteur. L'utérus et le fibrome pèsent réunis 460 grammes.

Observation III
(Pr G. Chavannaz).

Occlusion intestinale par fibrome. — Laparotomie. Anus iliaque. — Guérison.

Mlle X..., 48 ans, on ne trouve à signaler dans ses antécédents morbides qu'une chute d'escarpolette à l'âge de 16 ans. Sauf dans les jours qui suivent cette chute, Mlle X... ne se souvient jamais avoir dû garder le lit,, mais toute sa vie, elle eût à lutter contre la constipation. Cette constipation a augmenté ces derniers mois pour prendre une tournure inquiétante, et quand le professeur Chavannaz était appelé par le médecin de la malade, il y avait douze jours que Mlle X... n'avait rendu ni gaz, ni matières par l'anus, malgré les purgations, les lavements et l'entérolyse utilisés.

Examen. — On note les détails suivants : ventre très volumineux, beaucoup plus ballonné que celui d'une femme à terme. Il y a ballonnement jusqu'à la région épigastrique, mais la forme du ventre est régulière. Le visage est altéré, la malade se plaint de nausées et de douleurs abdominales intolérables qui empêchent tout repos.

A la palpation, on ne trouve aucune induration localisée ; la percussion dénote un peu de matité dans les flancs. Par le toucher rectal, on sent l'utérus comprimant fortement le rectum dont il efface la lumière ; le doigt ne peut atteindre la limite supérieure de la compression.

Le toucher vaginal assez pénible montre un col sain, se continuant avec un corps utérin porté en arrière et qui paraît volumineux. Le doigt ramène un peu de sang d'origine menstruelle. Au reste, les règles sont irrégulières, non douloureuses, mais dans les derniers mois elles ont augmenté d'importance ; la température est normale.

Le diagnostic porté est celui d'occlusion intestinale à marche chronique due probablement à une compression par fibrome utérin. Mais en raison de l'échec du traitement médical, une intervention est jugée nécessaire.

Intervention. — Les anses intestinales sont extrêmement distendues, surtout celles du gros intestin ; la distension porte surtout au niveau du côlon pelvien. En position de Trendelemburg, la main droite introduite dans l'abdomen permet de trouver avec quelques difficultés le corps utérin.

Ce corps utérin porte sur son fond un petit fibrome du volume d'une amande, et sur sa face postérieure, un fibrome sessile du volume d'un œuf. Le corps fibreux est très fortement porté en arrière ; la main peut facilement le ramener en avant, mais dès qu'on l'abandonne, il retombe en arrière comme mû par un ressort.

En raison de la distension extrême des anses intestinales, il ne saurait être question de pratiquer l'hystérectomie abdominale, et on se décide à faire un anus contre nature, quitte à intervenir soudainement pour faire disparaître la cause de l'occlusion.

Revue le 7 décembre, Mlle X... est en parfait état ; l'appétit est excellent.

Le toucher vaginal montre toujours un utérus volumineux en rétroversion, très peu mobile et qui devra être extirpé dans une prochaine séance.

Observation IV

(Weber, Société Gyn. et Obs., Paris, 1922).

Occlusion par fibrome calcifié. — Hystérectomie.

Mme B..., 64 ans, deux enfants, ignore son anomalie ; ménopause depuis douze ans, précédée de fortes hémorragies.

Le 11 mai 1926, elle consulte pour constipation rebelle et météorisme. Accentuation des symptômes dans les jours suivants, et le 14 mai, les gaz ne passent plus du tout. En outre, il existe des vomissements.

Examen. — Au toucher, on sent nettement une tumeur remplissant le bassin, d'une consistance plus ou moins pierreuse, tellement caractéristique que le diagnostic de fibrome calcifié s'imposa.

Une tumeur osseuse peut être exclue, à cause de la mobilité relative ; un calcul vésical, à cause de l'absence de symptômes urinaires.

Intervention. — A l'intervention, on constate qu'il ne s'agissait ni de torsion du pédicule, ni d'adhérences péritonéales,

mais que la tumeur basculée dans le douglas par son propre poids, comprimait le rectum.

Le fibrome, calcifié de façon homogène, d'un poids de 750 grammes, est implanté sur le fond de l'utérus qui, en outre, contient quatre petits nodules également incrustés.

L'hystérectomie subtotale a été pratiquée.

Observation V

(Tarte th. Nancy, 1922).

Occlusion par utérus gravide fibromateux. — Mort.

Mme Rich..., 40 ans, est entrée à la maternité de l'hôpital Boucicault, le 13 mars. Mariée depuis dix-sept ans, elle n'a jamais eu d'enfants ; elle a été réglée à 12 ans ; menstrues profuses, de longue durée, huit à dix-huit jours. Cinq ans plus tôt, on trouve une masse fibromateuse utérine du volume d'une noix de coco L'année dernière, les règles, jusque-là régulières, furent supprimées pendant deux mois puis réapparaissent abondantes, mais moins colorées, plus aqueuses. La dernière date du mois d'octobre dernier ; il y a deux mois que Mme R... n'a pas vu ses règles. Puis, peu à peu, les symptômes de grossesse se manifestent : troubles divers : appétit capricieux, nausées, vomissements sans efforts, le matin de préférence, avec une sialorhée abondante.

Le ventre se développe rapidement sans devenir douloureux, ayant doublé de volume au mois de mars.

A l'examen, on constate qu'il est développé comme pour une grossesse à terme. Par les signes physiques, on perçoit une masse pelvienne fibromateuse développée sur la paroi postérieure de l'utérus, qui a envahi entièrement le bassin et repousse en haut le segment vaginal utérin.

Quant à l'utérus lui-même, impossible d'en prendre connaissance ni par le toucher, noyé qu'il est par une agglomération de masses fibromateuses qui émergent de ses parois et poussent des prolongements volumineux de tous côtés, ni par le palper.

Le facies est jaune, amaigri, l'état général déprimé.

Pendant une quinzaine de jours, on a tenté de réconforter la malade par des toniques, mais l'état, loin de s'améliorer, a empiré : dyspnée, œdème, albumine, météorisme.

Passée dans le service du Pr Gérard-Marchand, le 3 et 4 avril,

elle est prise d'une perte de sang abondante, et, dans la nuit, elle expulse un fœtus de quatre à cinq mois aplati, déformé, laminé. Le cordon se rompt spontanément.

L'interne du service de chirurgie, M. Quéry, fait demander M. Turner, qui trouve l'orifice cervical situé très haut, immédiatement en arrière du bord supérieur de la symphyse, entrou' vert et conduisant dans un long canal tortueux sans possibilité aucune d'atteindre le placenta. On tente de l'extraire, mais en vain ; on fait alors une large irrigation intra-utérine et tamponnement à la gaze iodoformée. La malade est très déprimée depuis son avortement.

Le 10 avril, la dyspnée augmente considérablement, de même l'albuminurie ; le 11, des phénomènes d'occlusion intestinale apparaissent. Vomissements, pouls à 120, température normale, arrêt des matières et des gaz. On fait des lavages d'estomac, car on ne peut songer à une intervention. La malade succombe le lendemain.

La température n'a jamais dépassé 37,' ; il n'y a jamais eu de fétidité des lochies.

Autopsie. — Le 15 avril, à l'ouverture du ventre, on trouve une faible quantité de liquide ascitique citrin.

Le côlon transverse et la masse de l'intestin grêle sont refoulés vers le haut vers le foie et le diaphragme par une tumeur irrégulière emplissant l'abdomen et pénétrant dans la cavité pelvienne. A gauche, on trouve, vers la ligne innominée, l'S iliaque fortement comprimée entre la paroi osseuse du bassin et la tumeur à laquelle elle adhère lâchement ; en arrière, le néoplasme se détache assez facilement de la concavité du sacrum sur laquelle il se trouve moulé et rattaché par quelques adhérences peu résistantes.

La tumeur pèse 0 kg. 500.

L'examen histologique a montré du fibrome et du myxome purs.

Observation VI

(Fercy Paton)

Occlusion par fibrome transplanté. — Laparotomie. — Mort.

Femme de 48 ans. Phénomènes d'obstruction intestinale qui se sont répétés plusieurs fois. Une tumeur volumineuse occupait le bas-ventre et atteignait presque l'ombilic ; tumeur ovale, dure et mobile.

Examen. — On sent à la surface de l'utérus plusieurs petits fibromes, mais rien ne révèle la connexion entre la tumeur et l'utérus.

Laparotomie. — La tumeur est adhérente au mésentère et à une grande étendue de l'intestin (60 cm. environ).

L'état général est grave ; mort quelques heures plus tard.

Autopsie. — Fibrome du poids de cinq livres, adhérent au mésentère et à l'intestin grêle. La tumeur est complètement détachée de l'utérus sur qui on voit encore la trace d'insertion ; elle est nourrie par des néoformations vasculaires nées du mésentère et de l'intestin. Il s'agit d'une véritable transplantation.

Observation VII

(Duchaussoy, *mem. Acad. méd.*).

Occlusion par fibrome. — Réduction manuelle.

L'auteur cite le cas d'une femme chez laquelle l'étranglement du rectum était produit par un fibrome qu'il suffisait de déplacer pour faire cesser les accidents.

La tumeur agissait simplement par son poids en comprimant l'intestin contre la paroi antérieure du sacrum.

Observation VIII

(Holdhouse, *Trans. of path. Soc. of London*).

Occlusion par fibrome. — Colotomie lombaire. — Mort.

Depuis deux ans, symptômes de dysentérie, lorsque se manifestent les accidents de l'étranglement. Après une infructueuse thérapeutique médicale, colotomie lombaire.

Mort au bout de dix jours : quatre tumeurs adhéraient à l'utérus ; trois d'entre elles étaient des fibroïdes, le quatrième un kyste de l'ovaire gauche. Les deux plus volumineux appuyaient sur le rectum auquel ils adhéraient intimement.

Observation IX

(Broca et Faucon, *Bull. Soc. Chir.*).

Occlusion par fibrome. — Colotomie lombaire. — Mort.

La malade offrait des accidents graves d'occlusion intesti-

nale, dont on reconnut aisément la cause dans la présence d'un fibroïde utérin qui comprimait le rectum.

Au quatrième jour, survinrent des vomissements fécaloïdes. Colotomie lombaire. Mort cinquante heures après.

Autopsie. — Les anses intestinales étaient reliées par des adhérences anciennes ; le fibroïde, qui comprimait le rectum, était inclus dans la paroi postérieure de l'utérus et d'un volume nullement en rapport avec l'intensité des accidents.

Observation X

(X. Delore).

Occlusion par fibrome. — Hystérectomie. — Mort.

Femme de 45 ans, pas d'enfant. Entrée le 11 juillet 1900 pour des accidents d'occlusion intestinale. Elle raconte que depuis plusieurs années elle est atteinte de constipation opiniâtre et éprouve de grosses difficultés pour aller à la selle, qui cèdent seulement à l'emploi de lavements purgatifs répétés. En outre, elle accuse des métrorragies assez abondantes, surtout dans ces deux dernières années. Au moment de son entrée, l'attention est attirée par un ballonnement généralisé de l'abdomen semblable à celui que l'on remarque à la deuxième période de l'occlusion intestinale. La malade a des vomissements verdâtres depuis cinq jours ; il y a arrêt complet des matières et des gaz depuis trois jours. Les urines sont diminuées de quantité. Le pouls oscille entre 90 et 100. La température est normale, le faciés est mauvais.

Examen. — Au toucher vaginal, on trouve un gros col utérin, mais les renseignements utérins sont très vagues en raison du météorisme. Par le toucher rectal, on sent, par contre, dans le douglas, une masse dure constituée par l'utérus fibromateux en ce point. L'état était resté sensiblement le même le lendemain, malgré une purgation, un lavement, et l'application abdominale continue de glace, on se décide à une hystérectomie abdominale totale, avec castration double, après avoir posé le diagnostic d'occlusion intestinale par compression du rectum par la tumeur utérine et paralysie intestinale secondaire.

La laparotomie montre la dilatation considérable de toutes les anses intestinales, y compris le cæcum et l'S iliaque.

La séreuse est déjà dépolie, rouge vernissée en certains

points. Malgré les recherches, on ne rencontre pas de cause d'occlusion telle que : volvulus, adhérences, coudures, etc.

Il n'existe pas davantage de lésions inflammatoires en particulier, ni salpingite ni appendicite. Mais l'utérus fibromateux, du volume d'une tête d'enfant, a basculé dans le douglas, dont il épouse la forme, sans y contracter néanmoins d'adhérences.

En présence de ces constatations, l'hystérectomie abdominale totale est pratiquée aussi vite que possible, malgré les difficultés causées par la distension des anses intestinales. Le tout est terminé par un tamponnement-drainage abdominal destiné à prévenir la péritonite menaçante.

L'anesthésie avait été assez difficile, et l'opération fut compliquée à maintes reprises par la sortie hors du ventre des anses intestinales distendues.

La malade meurt de péritonite le 17 juillet.

Autopsie. — Elle a démontré l'absence de toute autre cause d'occlusion.

Observation XI

(Boeckel, *Rev. Gynéc.*).

Occlusion par fibrome. — Salpingite ancienne. Hystérectomie. — Mort.

Femme de 53 ans. Vue le 25 septembre. Depuis sept jours, elle est atteinte d'occlusion intestinale. Il y a un an, pelvi-péritonite consécutive à une salpingite. Depuis, règles très abondantes avec caillots.

Le 18 septembre, à la suite d'ingestion de prunes, douleurs de ventre très violentes, avec vomissements et diarrhée.

Le lendemain se déclare de la constipation qui dure depuis.

Examen. — Le pouls est fréquent, petit.

Le ventre est uniformément ballonné, le maximum de tension se trouve dans la région du côlon descendant et du côlon transverse.

Le toucher vaginal montre un utérus volumineux paraissant être le siège en avant d'une tumeur qu'on n'apprécie que difficilement à cause du météorisme.

La cause de l'occlusion paraît devoir être attribuée à une bride à cause de la pelvi-péritonite précédente.

Laparotomie. — Je constate, en plongeant la main dans le

petit bassin, que l'utérus, notablement augmenté de volume, peut seul être la cause de l'occlusion.

Je l'attire au dehors et vois qu'il s'agit d'un utérus fibromateux gros comme une tête de fœtus à terme, comprimant l'intestin au niveau du détroit supérieur.

L'intestin, de l'extrémité supérieure du rectum jusqu'au niveau du côlon descendant, présente des traces de compression violente. Sur les cinq sixièmes de sa circonférence, jusque près de l'insertion du méso, il présente une coloration grisâtre. Le péritoine seul existe encore à ce niveau, les tuniques moyenne et interne paraissent rompues.

La gangrène est donc bien établie ; la compression par la tumeur utérine seule peut être incriminée.

Hystérectomie subtotale. Anastomose entéro-rectale. Mort le troisième jour.

Observation XII

(Bœckel, *Rev. Gyn.*, 1899-482).

Occlusion par fibrome. — Extirpation. — Mort.

Femme de 45 ans, amenée à l'hôpital le 29 décembre pour occlusion intestinale suraiguë, caractérisée par un météorisme énorme et des vomissements stercoraux.

Le médecin de la malade qui l'accompagne la dit atteinte depuis sept ans d'un fibrome utérin qui, dans les dernières années, et surtout dans les derniers mois, a grossi au point d'atteindre le volume d'une tête d'adulte.

Laparotomie. — Trois tumeurs sessiles sont implantées sur le fond de l'utérus. De ces tumeurs fibreuses, la plus grosse, située à gauche, à la dimension d'une tête d'adulte. Les deux autres, situées du côté droit, sont grosses comme une tête de fœtus.

L'S iliaque a été fortement comprimée : elle est bleuâtre, et le péritoine qui la recouvre est terne. Cependant, après extirpation du fibrome, je peux faire facilement circuler les gaz du bout supérieur dans le bout inférieur.

Mort le troisième jour.

Autopsie. — On trouve de la péritonite généralisée et de la gangrène de l'S iliaque. Celle-ci est due à la compression par le fibrome utérin.

Observation XIII

(Lamarre, *Bull. Soc. Anat.*).

Occlusion par fibrome utérin. — Mort.

Il s'agit d'une femme de 53 ans. Jamais de métrorrhagies ; un an avant, après une chute qu'elle fit en marchant, cette femme, qui n'avait jamais eu de phénomènes de constipation, fut prise de tous les accidents de l'étranglement interne : vomissements fécaloïdes, etc.

Aucun trouble de la miction, mais depuis cette époque elle ressent une sensation habituelle de pesanteur dans la fosse iliaque gauche, des palpitations fréquentes, parfois accompagnées de défaillances. Elle a des insomnies sans cause connue, mais jamais de constipation ni de dysurie.

Elle a été pris à nouveau d'accidents d'occlusion intestinale constipation absolue, douleur et ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes.

Depuis huit jours, ni matières, ni gaz.

Examen. — Abdomen distendu ; le toucher-palper combinés donnent la certitude de l'existence d'un énorme fibrome développé aux dépens de la face antérieure de l'utérus.

La sonde œsophagienne, introduite par l'anus, s'arrête au niveau du promontoire.

On renonce à la laparotomie vu l'altération de l'état général. Anurie absolue dans les trois derniers jours.

Mort.

Autopsie. — Tumeur fibreuse du poids de 1.100 grammes, insérée par un pédicule de la grosseur d'une plume à écrire sur le fond de l'utérus.

Le pédicule est tordu sur lui-même de droite à gauche, comme si le grand diamètre avait été autrefois vertical puis se serait par la suite incliné sur la gauche pour devenir transversal.

Adhérences péritonéales anciennes.

La vessie est aplatie entre le fibrome et le pubis et un peu déjetée vers la fosse iliaque gauche.

Les uretères sont comprimés au niveau du détroit supérieur, néanmoins non dilatés.

Toute la masse intestinale est aplatie, surtout le gros intestin. L'S iliaque directement en contact avec la tumeur est comprimée fortement au détroit supérieur. Les parties situées juste

au-dessus sont très dilatées : on constate dans leur intérieur une quantité énorme de matières semi-liquides.

Observation XIV

(Dr Durand, inédite).

Occlusion par fibrome. — Laparotomie. Hystérectomie. — Guérison.

Mme R..., âgée de 48 ans, pas encore ménopausée, a, depuis deux ou trois ans, des métrorragies très abondantes et qui augmentent ces derniers temps. D'autre part, on note chez elle de la polyurie et de la pollakyurie. Mais également, depuis le début des troubles génito-urinaires, il y a de la constipation de plus en plus marquée, cédant de moins en moins aux moyens jusqu'alors efficaces (purgatifs, lavements). Après examen de l'appareil génital, le médecin traitant a diagnostiqué un fibrome utérin se compliquant de sub-occlusion intestinale par compression de la lumière intestinale et a conseillé à la malade de se faire opérer. Mais celle-ci ajourne l'opération *sine die*.

L'état général est satisfaisant quand, bruquement, le 12 août 1932, elle est prise de coliques extrêmement douloureuses. Arrêt des matières et des gaz qui devient complet le lendemain. Les douleurs sont extrêmement pénibles, et la malade les compare à un arrachement de l'intestin. Le 16 août, l'état général est touché, le pouls est petit et rapide (100). A l'examen, on trouve un météorisme marqué et une distension en cadre. Des mouvements péristaltiques sont visibles à jour frisant. Le toucher vaginal montre un utérus augmenté de volume, avec, à sa partie postérieure, une masse semblant faire corps avec lui, se propageant vers la gauche dans le petit bassin. Le toucher vaginal est difficile en raison du météorisme. Le toucher rectal donne des renseignements concordants. Le diagnostic porté est celui de fibrome utérin se compliquant d'occlusion intestinale.

L'intervention est décidée, mais en raison de l'état général déficient, on décide de la faire en deux temps : 1° laparotomie et anus iliaque pour éviter la stercorémie ; 2° cure radicale qui sera pratiquée plus tard.

1re *intervention*. — Après laparotomie, on trouve une fibromatose importante de l'utérus avec rétroflexion utérine qui enclave la tumeur basculée en arrière. On repose en avant et

en haut la masse fibreuse et on aperçoit une petite plaque de sphacèle sur la paroi antérieure du rectum, grosse comme une pièce de cinquante centimes. Enfouissement de la plaque au fil de lin. L'intestin semble libéré, mais, pour mettre le segment inférieur au repos, on fait un anus iliaque gauche, qui est ouvert au thermocautère le lendemain.

La recherche d'un néoplasme intestinal est négative.

Les suites du premier temps sont tout à fait normales : il y a débâcle stercorale vingt-quatre heures après.

2e *intervention.* — Le deuxième temps est pratiqué un mois plus tard, le 28 septembre. On trouve un volumineux utérus fibromateux avec un nombre considérable de noyaux postérieurs débordant un peu sur la gauche et comprimant sur le sacrum l'intestin qui, d'autre part, lui adhère par des formations assez faciles à libérer. L'exploration de l'intestin, surtout au niveau de l'S iliaque et du rectum pour rechercher l'existence possible d'une tumeur propre de l'intestin, reste négative. Suites simples. Guérison.

Observation XV

(Bernadet, th., Toulouse, 1922).

Occlusion par fibrome. — Tentative infructueuse de réduction manuelle. — Hystérectomie. — Suture des plaques de sphacèle de l'intestin. — Guérison.

Le 7 octobre 1920, on nous demande d'examiner une femme de 50 ans pour des troubles intestinaux et vésicaux très graves. Lorsque nous la voyons la malade est à genoux sur son lit se tenant le ventre avec les mains, poussant des cris atroces, couverte de sueurs froides avec un pouls à cent, en proie à des douleurs abdominales qu'elle compare à des douleurs d'accouchement.

Antécédents héréditaires et collatéraux sans intérêt.

Antécédents personnels : peu de renseignement sur la jeunesse de la malade. Réglée à 12 ans : règles non douloureuses persistant environ 8 jours ; à 15 ans fièvre typhoïde. Mariée à 17 ans, elle eut trois grossesses à 19, 21 et 30 ans. Les grossesses furent normales et se terminèrent par accouchement spontané à terme. Les trois enfants sont bien portants. A noter cependant que quelques pertes rouges et des menaces d'avortement se sont produites vers le huitième mois de la première,

heureusement terminée (vraisemblablement *placenta praevia*). Dans l'intervalle de ses grossesses rien à signaler : la malade n'a jamais remarqué de pertes blanches. Les règles sont indolores et durent 8 jours. Il y a environ 3 ans la malade eut son attention attirée par l'augmentation de volume de son ventre et par un embonpoint auquel son visage seul ne participait pas. Les règles ne subissent cependant aucune modification.

Il y a 2 ans un phénomène important apparut dans l'histoire de la malade : elle fut brusquement prise de douleurs lombaires et abdominales qu'elle compare aux douleurs de l'accouchement. Ces douleurs sont excessivement fréquentes. La malade ne peut préciser si la miction et la défécation furent troublées, cependant elle dit n'avoir jamais été sondée et n'avoir pas eu de vomissements. Restée au lit deux jours, la malade reprit ses occupations mais ses règles à dater de ce moment subirent de grandes modifications. Elles se présentèrent toujours avec un retard que la malade ne peut préciser : elles durent toujours 8 jours mais sont beaucoup plus abondantes. En outre, il arriva souvent qu'elles eurent un ou deux jours d'arrêt. La malade signale en outre des accès de suffocations, des bouffées de chaleur et de temps en temps des douleurs hypogastriques très violentes mais de courte durée. Ces phénomènes furent considérés comme des troubles du retour d'âge. Vers la fin septembre 1920 des symptômes urinaires importants font leur entrée en scène : la malade a très fréquemment envie d'uriner, mais ce besoin n'est pas impérieux. Pour éviter de se lever la nuit, la malade dit pouvoir retarder la miction jusqu'au lendemain matin à condition de garder le décubitus dorsal. Le besoin devient au contraire très impérieux dans la station debout ou assise, et principalement dans le moindre essai de marche. Malgré cela, la malade voulant satisfaire ses besoins doit attendre un certain moment et faire des efforts pour que la miction s'effectue. Le volume des urines émises est toujours très limité et les besoins presque constants. L'urine n'a jamais été analysée ni même recueillie et l'on n'a aucun renseignement sur ses qualités physiques et chimiques. La malade n'accuse aucune gêne de la défécation. Le 4 octobre 1920, après avoir travaillé jusqu'à midi, la malade au cours du repas est en proie à une crise semblable à celle d'il y a deux ans. Elle doit abandonner la table et s'aliter, terrassée par la douleur. La douleur est cette fois plus violente et beaucoup plus aiguë, intéressant non seulement les

régions sous-ombilicales et lombaires mais irradiant surtout le long du membre inférieur gauche sur le territoire du sciatique. Elles sont si violentes que le médecin appelé pratique et renouvelle, sans résultat d'ailleurs, plusieurs injections de morphine.

Les mictions persistent avec leur même caractère de fréquence, dévoilant une pseudo-incontinence. Les selles sont complètement supprimées ; on n'a pas observé de vomissement. Les règles apparaissent le 6 octobre. Les douleurs continuant encore le 7, nous sommes appelés en consultation à 8 heures du soir.

La malade est dans l'état pénible que nous avons signalé au début de l'observation. Son pouls est à cent, la température est de 37,3. Le nez est pincé, les yeux sont profonds, il n'y a pas de gaz émis par le rectum. Les mictions sont constantes. Le ventre est légèrement ballonné : la palpation dévoile une masse hypogastrique dure et arrondie dépassant de trois travers de doigt le pubis. Le toucher vaginal nous indique : un col entr'ouvert de grosseur et de consistance sensiblement normales. Le corps ne se limite pas bien nettement. Le petit bassin est rempli par une grosse masse dure, régulière, lisse, qui se moule exactement sur la paroi pelvienne. La tumeur est très nettement perceptible au toucher-palper combinés. Elle semble se continuer par une masse unique. Le toucher rectal ne peut se pratiquer très haut, car la tumeur remplit la concavité sacrée et écrase véritablement le rectum dont la lumière est supprimée. Le diagnostic s'impose immédiatement: il s'agit d'un fibrome enclavé dans le bassin avec obstruction du rectum et compression de la vessie.

Nous essayons par des manœuvres prudentes mais énergiques de refouler la masse fibromateuse par le toucher vaginal et rectal. La malade est dans le décubitus dorsal, puis en position génu-pectoral. Mais c'est absolument en vain, quelle que soit la pression que nous exerçons. Nous proposons une intervention d'urgence. La malade est conduite à la clinique le lendemain et opérée sous rachi-anesthésie dès son arrivée. Rien de nouveau ne s'était passé dans la nuit. La température est de 37°6, le pouls à 98. L'analyse d'urine avant l'intervention décèle des traces d'albumine.

Intervention. — Laparotomie médiane sous-ombilicale ; légère ascite séro-sanguinolente. Le fibrome remplit tout le bassin dépassant de trois travers de doigt environ le détroit

supérieur. Il épouse exactement la forme du petit bassin ; toute la région est violacée, œdémateuse. La vessie est distendue au-dessus du fibrome. Nous essayons, après avoir fixé la tumeur au moyen du tire-bouchon, de l'attirer hors du petit bassin, mais nous ne pouvons y parvenir à la première tentative. Nous sommes d'ailleurs très inquiets, car nous avons l'impression qu'une traction malheureuse peut amener une déchirure du rectum ou de la vessie et c'est très prudemment par de petits mouvements d'asynclitisme que nous parvenons à énucléer la tumeur de sa loge pelvienne.

Nous constatons alors une plaque de sphacèle sur la paroi postérieure du fibrome grande comme une pièce de 5 francs et de couleur feuille morte.

Il existe en outre sur la face antérieure du rectum trois petites taches semblables, grosses comme des pièces de 50 centimes. L'hystérectomie subtotale, l'enfouissement des trois petites plaques de sphacèle furent pratiqués. On fait une suture de la paroi en un plan au fil d'argent. Pas de drainage. Les suites opératoires furent parfaites. Des selles eurent lieu le quatrième jour. Il demeure quelques troubles urinaires, symptômes de cystite légère. L'albuminerie persiste quelques jours.

On enlève les points au quinzième jour ; la malade se lève le seizième et quitte la clinique le vingtième jour.

Examen de la tumeur : poids 630 grammes.

Utérus fibromateux gros comme un poing avec un gros fibrome développé sur sa paroi postérieure.

Observation XVI

(Soubeyran, *In* th., Montpellier, 1914).

Occlusion par utérus gravide fibromateux. — Myomectomie. Guérison.

Mme L..., 34 ans, primipare, examinée par nous le 5 février 1914 pour des phénomènes d'obstruction intestinale. Le jour de notre premier examen, cette malade présente une grossesse remontant à 4 ou 5 mois. Les premiers mois ont été normaux à part une constipation nécessitant l'usage de lavements et de laxatifs. La santé antérieure de la malade a toujours été satisfaisante, la constipation des trois premiers mois s'est aggravée au cours du quatrième. De plus, la malade souffre

dans la région du plexus sacré. Elle présente des varices énormes des grandes lèvres, surtout à gauche. Le membre inférieur gauche est également variqueux.

Les urines sont rendues facilement, en quantité et qualité normales. Dans les premières semaines du quatrième mois, la constipation devient complète : ni gaz ni matières ne sont rendus par le rectum pendant 5 jours. Une purgation amène une débâcle, et le médecin traitant, satisfait par l'effet du purgatif, attend les événements, après avoir constaté derrière le col de l'utérus une tumeur, cause probable de l'obstruction.

15 jours plus tard, nouvel arrêt des matières et des gaz. La malade vomit vert, a des hoquets, du ballonnement du ventre. Le pouls est à cent. Le doigt introduit dans le vagin bute sur une tumeur arrondie, lisse, dure, qui semble remplir tout le conduit et le fermer. Cette tumeur est recouverte par la muqueuse du cul-de-sac postérieur qui s'est étalée sur sa surface. Le col utérin est très mou et haut situé. Il est applati derrière le pubis : on le mobilise avec peine. Nous portons le diagnostic de fibrome du segment inférieur de l'utérus enclavé dans le petit bassin et comprimant le rectum.

Le toucher rectal donne des renseignements précis et confirmatifs. Le doigt ne peut déplacer la tumeur et ne s'insinue qu'avec peine entre elle et la concavité du sacrum. En présence de la gravité des phénomènes généraux, l'opération est décidée.

Intervention. — Le 6 février, myomectomie vaginale. Anesthésie à l'éther. Incision de 7 centimètres sur la saillie de la tumeur : celle-ci bien exposée par deux pinces de traction, tirant les deux poles, fixées dans toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Le vagin incisé, le bistouri aborde l'utérus. Une incision de 5 centimètres est faite sur le muscle utérin. Le fibrome, à l'étroit dans sa loge, fait hernie au travers de la brèche pratiquée. D'abord libéré sur ses flancs, le fibrome est ensuite énucléé et enlevé avec des pinces à traction. L'hémorragie est très modérée et ne nécessite pas de tamponnement. La cavité utérine n'est pas ouverte. Un surjet au catgut ferme rapidement la loge du fibrome. Deux points également au catgut sont mis sur l'incision vaginale.

Suites. — Dans la soirée même il y a émission de gaz et le lendemain un purgatif léger amène une évacuation de l'intestin. A aucun moment, la malade ne nous a donné d'inquiétude. Elle se rétablit sans incident et se lève le quinzième jour.

Observation XVII

(Sennewald, *Zentralbl. für Gynac.*, 1930).

Occlusion par fibrome. — Hystérectomie. — Guérison.

Mme E. S..., 25 ans. Ses dernières règles datent de six semaines. Il y a huit jours fortes hémorragies. Depuis trois jours, aucune selle; mais fréquentes douleurs abdominales.

Dans les dernières 24 heures, arrêt des gaz et météorisme.

Le médecin traitant qui a remarqué de nombreuses hémorragies anormales, a trouvé dans le douglas une masse dure qui bombait et a attribué à de la péritonite cet état abdominal.

A l'entrée le toucher est pratiqué, sans renseignements. On le pousse plus loin sous anesthésie et on trouve un utérus avec un noyau fibreux, de consistance moyenne, de la grosseur d'un poing, tout à fait incarcéré. Il existe de la raideur de la paroi. Pas de température.

Intervention. — Hystérectomie abdominale d'urgence.

Pendant l'intervention, on constate que l'intestin est fortement distendu jusqu'au niveau de l'ampoule rectale où est l'obstacle. Vite après l'opération, le ballonnement disparaît.

L'amélioration de l'état général est très rapide. Guérison radicale. L'examen de la pièce opératoire montre un fibrome du fonds de l'utérus, de la grosseur d'une belle pomme, violacé, d'aspect vitreux et œdematié. L'endomètre renferme une formation polypoïde de la grosseur d'une lentille, qui, à l'examen histologique, fut reconnue d'origine plancentaire.

Observation XVIII

(Sennewald, *ibidem*).

Occlusion par fibrome. — Bassin rétréci. — Hystérectomie. Guérison. — Rôle joué par la menstruation.

Mme A. I..., 37 ans. Il y a quelques années, deux accouchements pénibles au forceps (cause : bassin rétréci) avec rupture du périnée. Depuis lors, la malade est atteinte de prolapsus de l'utérus. Depuis cinq jours, durant les règles, fortes douleurs abdominales, constipation. Le jour suivant, les gaz ne passent plus.

A l'entrée à la clinique, très légère amélioration.

Admise sur le diagnostic d'occlusion intestinale porté par le médecin traitant.

En raison du météorisme considérable, la palpation d'abord impossible est faite sous anesthésie. Le toucher montre un utérus rétrofléchi, sur sa partie antérieure une tumeur large, de la grosseur d'un poing.

Le col est très allongé : une portion en apparaît à la vulve.

En raison des phénomènes de ballonnement on pense aussi à une tumeur tournée vers le pubis et située devant l'utérus.

Lors de l'opération d'urgence faite par le professeur Mattaï, il semble cependant qu'il s'agisse d'une tumeur siégeant devant l'utérus rétrofléchi et enclavé dans le petit bassin. Ce fibrome forme avec le fond une sorte de coin dont la pointe est visible déjà hors de la vulve.

Il semble à peu près certain que l'augmentation de volume du fibrome lors des règles a joué un rôle déterminant.

Extirpation totale ; amélioration rapide ; guérison.

Observation XVIII

(Sennewald, *ibid.*).

Bassin rétréci. — Occlusion par fibrome. — Torsion utérine. Guérison. — Rôle joué par la menstruation.

Mme X..., 40 ans ; il y a quelques années accouchement pénible par bassin rétréci. Lors des dernières règles, violentes douleurs. Depuis 8 jours, aucune selle ; météorisme.

Lors de l'opération, on trouve un utérus rétrofléchi avec un fibrome du fond de la taille d'une tête d'enfant, enclavé, et de plus une torsion de l'utérus de 90° autour de son grand axe. L'utérus avait dû être fixé depuis longtemps dans cette position de telle sorte que l'on devait attribuer les phénomènes aigus non pas à la torsion de l'utérus mais vraisemblablement à l'augmentation de volume de ce fibrome lors de la menstruation. Hystérectomie. Guérison.

Observation XX

(Sennewald, *ibid.*).

Occlusion par fibrome. — Hystérectomie. — Guérison. Rapport avec la menstruation.

Mme A. S..., 42 ans, accouchement il y a 18 ans. Dans les derniers mois, douleurs lors des règles. Miction pénible. Sen-

sation de plénitude dans le ventre. Lors de la dernière menstruation, aggravation et depuis 3 jours phénomènes d'iléus. Elle a tellement forcé qu'est apparut après cela un prolapsus rectal.

Aussitôt après l'opération (anesthésie à l'éther), on s'aperçoit qu'il s'agit d'un fibrome cervical de la taille d'une tête d'enfant qui comprime la vessie et l'intestin et a conduit à des phénomènes de compression en rapport avec la menstruation.

Ici aussi on constate une légère torsion de l'utérus.

Extirpation totale. L'activité de l'intestin et de la vessie se rétablit lentement. Guérison.

Observation XXI
(Sennewald, *ibid.*).

Occlusion par fibrome. — Hystérectomie. — Guérison.

Mlle E. N..., 42 ans, vierge. Auparavant jamais malade, les premiers ennuis datent des dernières règles ; depuis quelques jours constipation. Le jour de l'entrée à l'hôpital vomissements, mixtion pénible, météorisme considérable.

A l'examen, une tumeur palpable à gauche sous l'arc costal et prise par un interne pour la rate (*sic*). Le petit bassin apparaît à l'exploration rectale occupé par une tumeur constituant un obstacle lisse. Le doigt qui palpe peut à peine en atteindre la moitié.

A l'opération effectuée aussitôt, on met en évidence un fibrome du col plus gros qu'une tête d'adulte. L'utérus est projeté vers le haut et enserré jusque sous l'ombilic ; il porte de son côté jusque dans la région de la rate un proéminent fibrome du fond. L'intestin est fortement chassé dans le petit bassin depuis l'origine du gros intestin. L'opération est difficile, il faut dégager les uretères d'une sorte de dépression située au-dessus de la tumeur dans une sorte de dilatation d'environ 20 centimètres. L'activité intestinale fut rétablie rapidement, vite après l'opération. Par contre, la vessie se rétablit très lentement.

Observation XXII
(Sennewald, *ibid.*).

Occlusion par fibrome. — Opération. — Exitus.

Mme K. U..., 38 ans. Deux accouchements, un avortement. Il y a 2 jours, entrée à l'hôpital pour hémorragie anormale.

A l'examen, on trouve à gauche derrière l'utérus une tumeur considéré comme un kyste. L'opération fut reculée. Depuis quelques mois à nouveau hémorragies et sensation d'oppression. On renonce à opérer en raison d'une affection organique cardiaque. A l'hôpital se développe en quelques jours le tableau d'un iléus prononcé si bien qu'on dut intervenir. Comme cause de l'occlusion, on trouve à l'opération (Docteur Seitz) une tumeur s'étendant jusqu'à l'ombilicc de coloration bleu noir qui est diagnostiquée histologiquement comme un fibrome. Exitus.

Observation XXVIII

(Sennewald, *ibid.*).

Occlusion par fibrome. — Laparotomie. — Adhérences. Hystérectomie. — Guérison.

Mme M. D..., 34 ans. Trois jours avant l'entrée à l'hôpital, accouchement avec délivrance artificielle. La veille de l'entrée, arrêt des gaz. Ballonnement du ventre. Dans le bas-ventre à gauche, tumeur perceptible. Le jour de l'entrée, pouls petit, rapide, ventre fortement ballonné.

Opération d'urgence (Docteur Sennewald). On trouve comme on s'y attendait un fibrome avec début de nécrose. L'intestin grêle a été fortement entamé sur une longueur de 40 centimètres; il est en contact avec la surface fibrineuse de la tumeur grosse comme une tête d'enfant et il est jusqu'à ce point-là fortement dilaté. Section des adhérences. Hystérectomie totale. Lent rétablissement de la circulation intestinale. Guérison.

Observation XXIV

(Sennewald, *ibid.*).

Occlusion par fibromyome. — Myomectomie. — Guérison.

Mme F. S..., 62 ans. Tombe malade subitement avec douleurs abdominales violentes, vomissements. On fait le diagnostic immédiat de périty phlite. Lors de l'entrée à l'hôpital, ventre fortement ballonné, météorisme, pas de température.

Lors de l'opération, on trouve un fibromyome à long pédicule, avec des adhérences qui avaient étranglé l'intestin

grêle. Ce dernier est fortement ballonné au-dessus, aplati au-dessous.

Ablation du fibrome. Section des adhérences. Guérison.

Observation XXV

(Lévêque, *Bulletin de la société anatomique de Paris*, 1888).

Occlusion par fibrome. – Mort.

Mme D..., Marie, 53 ans, ménagère, entre le 31 mars à l'hôpital Saint-Germain, dans le service de M. Lamarre.

Depuis une dizaine d'années, cette femme bien réglée antérieurement, n'est plus menstruée que tous les deux mois; les règles sont d'une abondance ordinaire ; jamais de leucorrhée ni de métrorragies ; jamais d'enfant ni de fausse-couche. Cette femme robuste et habituellement d'une excellente santé, a eu il y a six ans des troubles cérébraux qui durèrent quelques semaines et disparurent ensuite définitivement.

L'an dernier en février, elle fut prise deux jours après une chute qu'elle fit en marchant, de tous les accidents de l'étranglement interne (vomissements fécaloïdes, etc...), alors qu'elle n'avait eu auparavant aucune tendance à la constipation.

Les règles survenant après l'intervalle habituel, deux jours avant ces phénomènes, n'eurent aucun caractère particulier. Les garde-robes ne reparurent que dix jours après et la santé ne fut pafaite qu'un mois après environ. Depuis cette époque, sensation habituelle de pesanteur dans la fosse iliaque gauche, palpitations fréquentes accompagnées de défaillances, insomnie sans cause connue, mais jamais de constipation, ni de dysurie. A part ces indispositions pour elle sans importance, elle vaquait à ses occupations quand le 23 mars courant elle fut prise à nouveau d'accidents d'occlusion intestinale : constipation absolue, douleur et ballonnemenet de l'abdomen, vomissements fécaloïdes. Le 23 mars, entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — Embonpoint notable, facies abdominal (grippé, un peu terreux, yeux un peu excavés, etc...), elle est très affaiblie. Sa voix est aigrelette et sans force. Langue chargée et un peu sèche. Inappétence, soif assez vive. Pas de hoquet. Depuis le début des accidents, la malade a eu des vomissements bilieux le premier jour, fécaloïdes ensuite, jusqu'au moment de l'entrée. Ces vomissements se renouvellent actuellement tous les quarts d'heure environ avec leur carac-

tère fécaloïde. Les aliments ou les boissons sont rejetés très rapidement. Depuis huit jours, elle n'a rendu par l'anus ni gaz ni matières. Pas de dysurie.

Abdomen assez fortement distendu, régulièrement développé. La partie située au-dessous de l'ombilic présente au palper une résistance considérable. On peut ainsi délimiter un corps à peu près sphérique descendant jusqu'au pubis et qu'il serait facile de prendre pour une vessie distendue. De chaque côté ce corps descend jusqu'à trois doigts environ des épines iliaques; ni mobilité ni fluctuation. La région qu'il occupe est complètement mate à la percussion, le reste de l'abdomen est sonore. La région hypogastrique, surtout la fosse iliaque gauche, est le siège de douleurs spontanées, peu exaspérées par la pression mais avec crises fréquentes arrachant des cris à la malade.

Depuis 36 heures, anurie absolue ; le cathétérisme ne donne que deux gouttes d'urine. Pour pénétrer dans la vessie, la sonde éprouve une sorte de constriction et s'enfonce obliquement en s'inclinant vers l'épine iliaque gauche. Toutes espèces de sondes sont employées sans plus de succès. La malade a ses règles, qui sont survenues comme l'an dernier deux jours après le début de la maladie à leur date habituelle. Elles sont d'une abondance modérée comme à l'ordinaire.

Le toucher vaginal et le palper combinés donnent la certitude de l'existence d'un énorme corps fibreux constitué aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus. Le col est refoulé en arrière et le cul-de-sac antérieur présente une saillie dure et d'une grande fixité. Le toucher rectal n'apprend rien d'anormal. La sonde œsophagienne introduite par l'anus est arrêtée au niveau du promontoire. Pas d'œdème des membres inférieurs ; l'intelligence est parfaitement conservée, mais insomnie persistante par suite des vomissements incessants. La peau est froide, le pouls petit et rapide. Rien au cœur, ni du côté des autres appareils. Devant des signes aussi nets, M. Lamarre pense qu'il s'agit d'une occlusion intestinale par fibrome utérin. Il prescrit des lavements d'eau de Seltz, des insufflations gazeuses par le rectum, faradisation de la paroi abdominale, glace et boissons glacées.

On renonce à la laparotomie vu la gravité de l'opération, le péritoine étant suspect, et des accidents analogues pouvant disparaître spontanément.

1er avril. — Pas de garde-robe. Persistance des vomisse-

ments fécaloïdes et de l'anurie. Peau toujours froide. La malade étant sur la garde-robe des tractions sont faites sur la tumeur pour essayer de l'attirer en avant et tenter d'amener la décompression du rectum et de l'S iliaque. Insuccès complet : à chaque tentative la malade a une tendance marquée à la syncope. D'ailleurs, l'anurie persiste et semble indiquer qu'il s'agit d'une compression des uretères par le fibrome. Même traitement que la veille : résultat négatif.

2 avril. — Même état; cependant malgré l'évacuation par l'anus d'un liquide jaunâtre très clair, la malade souffre beaucoup plus et l'affaiblissement augmente. Le cathétérisme ne fournit pas une goutte d'urine. La malade se présentant à la garde-robe est prise brusquement d'une syncope et meurt une heure après sans avoir repris connaissance.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort. Rigidité cadavérique conservée.

Cavité abdominale : pas de liquide dans le péritoine. Le feuillet pariétal est indemne sauf au niveau de la fosse iliaque et du flanc gauche où il présente des adhérences avec une énorme tumeur abdominale. En laissant les viscères en place, on voit que les anses intestinales grêles sont également adhérentes à la tumeur par des fausses membranes et par une bride fibreuse qui n'exercent aucune constriction ; le corps fibreux fixé en haut et latéralement aux anses, est du volume d'une tête d'enfant et est fixé en bas au pubis. La vessie n'est pas visible. Une sonde molle introduite par l'urètre fait voir que la vessie est aplatie entre le fibrome et le pubis et un peu déjetée vers la fosse iliaque gauche qui est absolument vide. Toute la masse intestinale est distendue, principalement le gros intestin. Si on isole la tumeur en la séparant des anses intestinales et du pubis, ainsi que du promontoire auquel elle adhère et qu'elle dépasse, on voit que l'S iliaque, directement en contact avec elle, est comprimée fortement au détroit supérieur. Les parties situées au-dessus sont très dilatées : en les ouvrant on constate à leur intérieur quantité de matières semi-liquides. Au niveau de l'S iliaque, et un peu au-dessous, la tunique muqueuse est le siège d'une inflammation assez intense : elle présente une coloration rouge qui ne disparaît pas par le lavage. Cette coloration s'étend insensiblement au-dessus et au-dessous de cette portion du tube intestinal.

Il n'y a pas d'ulcérations intestinales. Le grêle un peu distendu, et adhérent en partie par sa séreuse à la tumeur, pré-

sente une muqueuse saine ainsi que l'estomac. Les ovaires sont normaux, mais l'utérus offre une hypertrophie considérable de son corps. Sa tumeur fibreuse qui pèse plus de 1.100 grammes s'y insère par un pédicule long d'un centimètre et demi environ et du diamètre d'une plume à écrire.

Ce pédicule s'insère sur la face antérieure à égale distance des deux bords et près du fond de l'utérus. La surface du corps fibreux est uniforme et ne présente ni nodosité ni bosselure. Blanche et couverte de tissu adipeux en avant, elle a une teinte noirâtre en arrière. Sa forme est celle d'un ellipsoïde à grand axe transversal.

Sous la couche séreuse de l'utérus, on voit encore deux autres corps fibreux, mais de très petit volume et sans pédicule. L'un, de la grosseur d'un œuf de pigeon, à la face inférieure ; l'autre, du volume d'un pois est situé sur le bord gauche et près du col. Enfin à la coupe apparaît un nouveau corps fibrex intestitiel dans l'épaisseur de la paroi postérieure du corps de l'utérus. Il a la grosseur d'une petite orange et s'énuclée assez facilement. Les parois de l'utérus sont notablement hypertrophiées, la postérieure surtout qui fait saillie en arrière et en bas. Elles contiennent encore deux petits fibromes de la grosseur d'un grain de chénevis. La muqueuse est congestionnée, mais la cavité du col est complètement séparée de celle du corps par une sorte de symphyse des deux parois, au niveau de la portion intermédiaire aux deux cavités.

La vessie est normale, sinon par sa situation, du moins par l'état de ses tissus. Les uretères sont comprimés au niveau du détroit supérieur, celui de droite directement, celui de gauche par l'intermédiaire de l'S iliaque qui le sépare de la tumeur : néanmoins ils ne paraissent pas dilatés.

Pas d'hydronéphrose ; reins de volume normal, ne paraissant pas altérés à la coupe. Foie et rate sains. Aucune lésion au cœur ou aux poumons.

Observation XXVI

(Jules Hüe, *Annales de Gynécologie*, octobre 1875).

Occlusion par fibrome. — Réduction manuelle. — Guérison.

Mme L..., 47 ans, veuve depuis 18 ans. Ses règles apparurent à 17 ans après de grands maux de tête et des traitements reconstituants prolongés ; depuis elles ont été toujours régu-

lières et sans écoulements blancs prolongés ; elles duraient de quatre à cinq jours, et ne s'accompagnaient de rien de particulier jusqu'à ces dernières années. Quatre grossesses : les deux premières se sont terminées, l'une au troisième mois après une course fatigante en charrette, l'autre au deuxième mois, et ont été suivies toutes deux par quelques flueurs blanches. Les deux autres grossesses pour lesquelles elle dut prendre les plus grandes précautions et garder le lit jusqu'au troisième mois de gestation se sont terminées à temps par des couches et des suites de couches très bonnes.

Mme L... est depuis de longues années sujette à de la constipation opiniâtre. Depuis trois ou quatre ans, cette constipation s'est compliquée d'alternatives de diarrhée presque cholériforme, avec crampes et refroidissement des extrémités. Le flux menstruel est annoncé par des douleurs considérables qui persistent encore les premiers jours des règles. Au bout de trois jours environ, le sang s'arrête 48 heures environ, mais pour reparaître deux jours encore, cette fois-ci sans douleurs.

Elle marche avec difficulté et avec une pesanteur croissante dans le ventre « comme si elle portait un enfant ». Elle est forcée d'uriner une fois au moins toutes les deux heures, et de se lever pour uriner quatre ou cinq fois la nuit. Quand, sous l'influence du premier sommeil, plus lourd d'ordinaire, elle dépasse cet intervalle, elle ressent une violente douleur au-dessus du pubis, qui la réveille.

Depuis quelques mois, ces symptômes se sont aggravés, elle ne peut faire une promenade de cinq minutes sans être tourmentée par le besoin d'uriner ; les selles ne viennent plus qu'au moyen de purgatifs et encore en boules dures et en graviers. Elle ne rend plus de gaz par l'anus. Elle est prise de ballonnement du ventre, de nausées et de vomissements. Elle n'ose plus manger de peur d'augmenter ses résidus intestinaux.

Examen. — A la palpation, tumeur solide, indolente et de la taille d'un utérus gravide de cinq mois, s'élevant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le toucher vaginal montre le cul-de-sac inférieur disparu. Le canal vaginal, long seulement environ de quelques centimètres, est refoulé par une masse arrondie, d'une consistance presque osseuse, qui s'étend depuis la face postérieure du pubis jusqu'à la concavité du sacrum. Le col utérin, dur, porté par la tumeur tout à fait en arrière, proémine sur celle-ci et rappelle la disposition que l'on trouve fréquemment au début

de l'accouchement, quand il faut contourner la tête fœtale engagée dans l'excavation pour atteindre le col.

L'exploration bi-manuelle révèle la continuité de la tumeur avec l'utérus et sa mobilité relative. Le toucher rectal trouve l'ampoule rectale très dilatée, mais le doigt ne peut trouver le bout supérieur, ni s'introduire entre le sacrum et la tumeur tellement le rectum est aplati par la tumeur.

Opération. — Mme L... fut mise en travers de son lit, dans la position génu-pectorale et invitée à respirer largement. Puis, avec deux doigts introduits tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum, pour ne pas trop fatiguer la muqueuse, j'exerçais des pressions méthodiques et progressives sur la tumeur.

Celle-ci céda lentement, rétablissant le canal vaginal, laissant le rectum libre et repoussant ma main gauche, qui, placée sous le ventre, embrassait la tumeur et soutenait son sommet.

Immédiatement, je plaçais mon instrument dans le cul-de-sac postérieur rétabli, afin de parer aux accidents de compression rectale qui étaient les plus menaçants, me réservant d'intervenir dans le cul-de-sac antérieur si les symptômes de compression de la vessie persistaient.

Quoique le refoulement de la tumeur ait nécessité une force assez considérable, il fut presque sans douleur.

La malade se leva devant nous, se déclara sur l'heure débarrassée d'un grand poids et marcha comme elle ne l'avait pas fit depuis longtemps. Néanmoins, nous lui prescrivons le repos et 30 grammes d'huile de ricin.

Depuis, la malade est revenue à la santé, tous les symptômes s'étant parallèlement atténués.

Observation XXVII

(Docteur Lafourcade, *Occlusion par fibrome congestionné et enclavé, à pédicule tordu. Myomectomie. — Guérison.*)

Mme B..., 37 ans, est envoyée le 27 décembre 1932, par le Dr R..., avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Ce diagnostic a été porté en raison des signes abdominaux très marqués et aigus.

A l'examen, le diagnostic est très difficile ; on hésite entre appendicite et occlusion intestinale. Après deux jours de traitement médical (repos au lit et glace), apparaissent des vomissements fécaloïdes.

Après un nouvel examen, le diagnostic préopératoire est

celui de kyste de l'ovaire tordu, ayant déterminé de l'occlusion intestinale.

Opération. — Après laparotomie, on trouve un fibrome pédiculé inséré sur la corne droite de l'utérus dont le pédicule est tordu. L'intestin grêle est adhérent : adhérences assez lâches et faciles à détacher. En même temps, gros fibrome pelvien congestionné et presque enclavé, comprimant le sigmoïde.

Section des adhérences intestinales, myomectomie, désenclavement du fibrome pelvien; les gaz passent dans le bout inférieur.

En résumé, torsion d'un fibrome pédiculé fundique ayant entraîné une congestion du fibrome pelvien. Ce dernier augmentant de volume a été la cause déterminante de l'occlusion. L'intestin exploré est normal.

Quelques mois après ablation de la tumeur pelvienne, la malade est complètement guérie.

Observation XXVIII

(Docteur Lafourcade, *Enorme fibrome étranglé au détroit supérieur. Compression nerveuse. Hystérectomie. - Guérison.*)

Mme X..., 37 ans, depuis longtemps porteuse d'un fibrome souffrait également de douleurs atroces dans la sphère du sciatique droit. A ces phénomènes de compression nerveuse s'ajoutent des signes de compression intestinale : constipation marquée, peu influencée par les laxatifs et purgatifs fréquemment employés. Puis, en 1926, crise d'occlusion nette avec ballonnement, arrêt des matières et des gaz.

Diagnostic préopératoire d'occlusion intestinale par volumineux fibrome.

Opération. — Le 15 mars 1926. — On trouve après laparotomie, un énorme fibrome du fond de l'utérus, étranglé au niveau du détroit supérieur et affectant de ce fait une forme en sablier.

La partie inférieure, pelvienne, de la tumeur, comprime sur le sacrum le recto-sigmoïde et a ainsi déterminé la crise d'occlusion intestinale. Exploration intestinale négative.

Hystérectomie subtotale. Suites opératoires normales. Le transit intestinal est rétabli deux jours après.

Les troubles douloureux du sciatique ont cependant persisté trois ou quatre mois après l'intervention, puis ont complètement disparu.

Revue depuis, la malade est en parfaite santé.

Chapitre III

ETIOLOGIE.

Fréquence

L'iléus, complication des fibromes utérins, semble donc être d'une fréquence bien minime ; nous pouvons même — à en juger par le petit nombre d'observations recueillies à ce sujet — la considérer comme très rare. A tel point que M. J. Okinczyc résout la question par la négative et écrit dans les Bulletin et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie :

« Sur plusieurs milliers de fibromes qu'il m'a été donné d'examiner, et sur 240 fibromes que j'ai opérés, jamais je n'ai rencontré d'occlusion intestinale de cette origine. La plupart des chirurgiens que nous avons consultés à ce sujet tant dans les services hospitaliers de la Faculté de Bordeaux que dans les maisons de santé particulières nous ont fait la même réponse. L'occlusion intestinale par fibrome est une affection d'une extrême rareté. Certains même, semblent se ranger du côté de M. Okinczyc et partager son opinion, mettant en doute l'existence de cette pathogénie d'iléus.

Nous essaierons d'ailleurs plus loin, dans le cours de notre travail, de départager ces différences d'opinion, nous appuyant sur des faits précis : comptes rendus d'intervention ou de nécropsie, vérifiant le diagnostic, et cherchant à éliminer les causes d'erreur.

Nous tenterons à l'aide de témoignages recueillis de tirer une interprétation raisonnée et logique sur une question qui semble encore peu éclaircie. Quoi qu'il en soit il nous semble permis de dire, dès à présent, que les fibromes tiennent une place bien restreinte dans la pathogénie des occlusions intestinales.

Age des malades

Nous avons recherché dans les observations que nous avons recueillies si l'âge des malades avait une importance au point de vue fréquence de l'ileus. Mais notre documentation est trop peu abondante pour que nous puissions nous permettre d'en vouloir tirer une réelle valeur statistique. Néanmoins nous avons tenu à dresser le tableau suivant :

Femmes de :	34 ans	2 cas
	35 —	1 —
	36 —	1 —
	38 —	2 —
	40 —	1 —
	42 —	2 —
	45 —	3
	48 —	4 —
	49	2 —
	53	3
	55 —	1 —
	62 —	1 —
	64 —	1 —

De ceci il semble ressortir que le maximum de fréquence au point de vue âge des malades se rencontre aux environs de 40 à 50 ans.

Le pourcentage — auquel nous ne donnerons pas une valeur absolue car le nombre de nos observations est trop minime — donne en effet :

De 30 à 40 ans	25 %
De 40 à 50 ans	50 à 55 %
De 50 à 60 ans	20 %

De cette constatation nous retiendrons un fait un peu troublant : c'est aux environs du terme de la vie génitale de la femme, en un mot, de la ménopause que se présente ce maximum de fréquence. C'est d'ailleurs l'âge vers lequel se produisent les diverses complications des fibromes.

En effet, Labadie-Lagrave et Legueu dans leur traité de gynécologie écrivent : « ...l'espérance de la ménopause et de l'influence que celle-ci peut exercer sur le fibrome pour conjurer les accidents ne suffit pas à atténuer la rigueur du pronostic. Quand on est loin de la ménopause c'est un gros risque à courir, c'est une longue série de misères à assumer que de l'attendre pour se décider.

« D'ailleurs souvent, la ménopause est reculée loin, les accidents redoublent ou persistent à l'époque où l'on espérait qu'ils allaient cesser. »

Et ces auteurs de conclure en rapportant l'avis d'Albertin :

« La ménopause est bien plutôt l'âge critique du myome utérin au sens le plus défavorable du mot ».

Siège du fibrome.

Nous envisageons dans ce paragraphe non seulement la situation topographique du fibrome par rapport au muscle utérin mais aussi vis-à-vis de ses différentes couches cellulaires, c'est-à-dire sa variété. Malheureusement les observations que nous pouvons publier ne nous donnent pas toutes l'exacte position du fibrome par rapport à l'utérus ; cependant l'insertion la plus fréquente est l'insertion fundique. On la rencontre en effet dans les 4/10 des cas environ, contre 1,5/10es pour l'insertion sur l'isthme utérin et 2,5/10es pour la paroi postérieure. Le restant se partage entre des insertions sur la face antérieure ou antérolatérale, gauche le plus souvent.

Nous signalerons aussi un cas publié par Percy Paton dans le *British medical Journal* et que nous relatons plus

loin, en raison de sa rareté. Il s'agit là d'un fibrome complètement détaché de l'utérus sur lequel on pouvait encore voir des traces d'insertion.

La tumeur adhérait au mésentère et à l'intestin grêle sur une longueur de 60 centimètres environ. Les rapports que cette tumeur contractait avec épiploon et mésentère expliquent comment par des néoformations vasculaires, la vitalité du fibrome n'était pas touchée. C'était en somme une véritable transplantation du fibrome. Et si nous recherchons maintenant quelle est la variété le plus souvent en cause, nous nous apercevons que dans les deux tiers des cas se sont les fibromes sous-péritonéaux. Les variétés interstitielles et sous-muqueuses viennent ensuite. En réalité cette différence est facile à comprendre : les signes physiques des formes sous-muqueuses sont en effet plus marqués que dans les formes sous-péritonéales. Les fibromes qui saignent attirant davantage l'attention des malades que les autres variétés, doivent être plus fréquemment opérés.

Nombre

Bien qu'il ne soit pas possible d'établir sur ce point une opinion qui ait une réelle valeur, cependant il semble que rarement le fibrome soit unique. Tantôt nous avons affaire à un fibrome madréporique, suivant l'expression que nous retrouvons dans le traité de J.-L. Faure. C'est cette forme qui est en cause dans l'observation de M. Durand.

Tantôt il existe, deux, trois fibromes sur cet utérus, quatre même dans l'observation de Bolckel. Parfois il y a coexistence d'autre tumeur et c'est ainsi que Holdhouse cite le cas d'une occlusion causée par trois fibromes développés sur l'utérus, à qui se joignait un kyste de l'ovaire gauche.

Forme.

La forme le plus souvent en cause est la forme à peu près régulièrement sphérique ; les formes irrégulières,

mamelonnées, qui correspondent à des utérus à nombreux noyaux de fibroses, semblent moins redoutables. Elles paraissent s'accompagner plus aisément d'un état de subocclusion avec constipation opiniâtre que d'une véritable occlusion. Est-ce que dans ces variétés la lumière intestinale ne serait pas aussi complètement oblitérée ? Il est difficile de répondre à cette hypothèse. Nous n'oublierons pas de réserver une place particulière à certains fibromes qui, évoluant vers l'extériorisation hors de l'utérus, se pédiculisent et peuvent ainsi déterminer des accidents de compression (obs. de Sennewald).

Volume.

Le volume du fibrome est-il réellement en rapport avec l'intensité des accidents, c'est-à-dire verrons-nous des occlusions plus fréquemment et de forme plus grave dans ces fibromes volumineux ?

La question est ici difficile à résoudre. Nous avons rassemblé, au courant de nos recherches, des observations dont certaines sont anciennes, datant du début du XX^e^ siècle. Mais la plupart ont été publiées dans la période d'après guerre, c'est-à-dire dans les quinze dernières années.

Or, tous les chirurgiens savent que le poids moyen des fibromes opérés a considérablement diminué. S'il était banal autrefois, nous disait le D^r^ Lafourcade, d'opérer d'énormes fibromes atteignant un nombre respectable de kilogrammes, cette constatation devient de plus en plus rare aujourd'hui. Ceci est dû peut-être à une coopération médico-chirurgicale plus active qu'elle ne l'était jadis, mais sans doute surtout à ce que les malades ne retardent pas aussi longtemps qu'autrefois la visite au médecin.

Quoi qu'il en soit, il semble qu'il y a une trentaine d'années déjà, alors qu'on opérait des masses fibreuses énormes, l'intestin montrait une tolérance très grande ; la compression large dont il était l'objet était très bien supportée,

sans doute parce que l'accroissement tumoral est lent et progressif.

Mais cependant cette tolérance, cette adaptation paraît extraordinaire dans certains fibromes énormes.

Certains praticiens nous disent avoir opéré des femmes porteuses de fibromes de 6, 7 et même 11 kilogrammes sans avoir constaté chez elles des phénomènes d'occlusion vraie.

A côté de ces formes volumineuses qui ne s'accompagnent pas de l'occlusion qu'il serait normal de leur voir causer, certains petits fibromes sont fort bien susceptibles de causer de graves accidents à iléus. C'est ainsi que nous pouvons retrouver dans nos observations des tumeurs de 465, 500, 600, 750 grammes — par conséquent pas énormes — qui ont été cause d'iléus. D'ailleurs, Broca et Faucon l'avaient bien remarqué déjà chez une de leurs malades qui succomba à une occlusion par fibrome. Ils écrivent en effet : « ... Le fibroïde qui comprimait le rectum était inclus dans la paroi postérieure de l'utérus et d'un volume nullement en rapport avec l'intensité des accidents. »

Plutôt que cette question de volume, il semble que l'évolution topographique de la tumeur dans l'aire limitée du petit bassin soit la cause prédisposante de l'iléus. C'est d'ailleurs ce que nous tenterons d'élucider dans le prochain chapitre où nous étudierons la pathogénie avec l'anatomie pathologique.

Terminons cependant notre chapitre étiologique en recherchant le siège intestinal de l'occlusion. Car ce ne sont pas uniquement ces compressions du rectum — elles sont les plus fréquentes cependant — qui déterminent les accidents d'iléus. Le sigmoïde est souvent aussi lésé par les tumeurs utérines et l'intestin grêle n'échappe pas toujours à leur compression.

Si nous inscrivons des chiffres, nous trouvons que l'occlusion siège :

Sur le rectum dans ..... 5/10 des cas
Sur le sigmoïde dans ..... 3/10 des cas
Sur le grêle dans ..... 1 à 2/10 des cas

Chapitre IV

PATHOGENIE

Mais si nous avons déterminé le siège de cette compression de l'intestin cause d'iléus, il nous reste à en étudier le mécanisme et le mode de production. Dans cette étude du mécanisme, nous retiendrons et étudierons trois causes :

a) La compression de la lumière intestinale sur un plan résistant.

b) L'existence de brides ou d'adhérences qui traduiront le plus souvent une infection plus ou moins ancienne.

c) L'enclavement du fibrome.

Compression sur un plan résistant.

Sur ce chapitre de la compression, il nous sera indispensable de bien établir une distinction entre le petit bassin, véritable canal osseux constitué par l'articulation des deux os iliaques latéraux avec le sacrum postérieur, et le grand bassin.

En effet, le petit bassin constitue une véritable ceinture osseuse, une sorte de cylindre à parois inextensibles dans lequel l'hypertrophie fibromateuse de l'utérus donnerait obligatoirement des troubles de compression, si l'évolution des fibromes ne tendait pas vers l'ascension dans la cavité abdominale. Mais heureusement, de même que l'utérus gravide à mesure qu'il augmente de volume ascensionne progressivement, de même l'utérus fibromateux monte au-dessus du détroit supérieur, tendant ainsi à libérer l'intes-

tin de la menace de compression qui pèse sur lui. D'où la conclusion logique d'une plus grande gravité probable des fibromes évoluant dans le petit bassin : soit fibromes troublés dans leur ascension évolutive normale, soit fibromes bas situés et peu mobiles comme par exemple les fibromes du ligament large.

C'est ainsi que nous avons à envisager au point de vue compression sur un plan osseux plus ou moins revêtu d'un plan musculo-aponévrotique, trois régions que nous étudierons de bas en haut :

1° Compression au niveau du petit bassin.

2° Compression au niveau du détroit supérieur.

3° Compression au-dessus du détroit.

Trois facteurs sont à envisager :

a) *Le plan osseux.*

Dans le petit bassin, le plan osseux sur qui s'opérera la compression par la tumeur n'est pas limité : c'est aussi bien sur la paroi postérieure — face antérieure du sacrum — que sur les parois latérales qu'elle pourra s'exercer. Ceci découle de la formation anatomique de cette ceinture pelvienne ; de même en découle que, le plus souvent, la compression portera sur une large étendue d'intestin, car à ce niveau il y a peu de saillies, et c'est un peu à la manière d'un coin enfoncé dans une pièce de bois que l'utérus fibromateux viendra bloquer l'intestin.

Au détroit supérieur, nous pourrons constater la compression intestinale soit au niveau de l'angle sacro-vertébral, comme c'est le cas dans l'observation n° 2 de M. Chavannaz, soit à la hauteur de la ligne innominée. Et c'est à cette hauteur que nous pourrons constater des lésions plus marquées de l'intestin. C'est ainsi que dans l'observation 11, Boeckel signale « l'intestin présente des traces de compression violente. Sur les 5/6 de sa circonférence, il présente une coloration grisâtre. Le péritoine seul existe encore à

ce niveau, les tuniques interne et moyenne paraissent rompues. La gangrène est donc bien établie. »

Mais à mesure que se produit l'ascension vers l'étage abdominal, les possibilités de compression décroissent. Les limites osseuses étant beaucoup plus étendues, situées seulement à la paroi postérieure et postéro-latérale, l'oblitération intestinale apparaît presque impossible par compression. Néanmoins, elle pourra se produire, causée par adhérence ou par bride. Ce sont ces formes d'occlusion que l'on rencontrera dans les cas où il y a soit altération du fibrome (nécrobiose, sphacèle), soit association d'une infection plus ou moins ancienne — surtout annexite — à la production tumorale.

L'étude de ces plans résistants qui jouent un rôle passif dans la genèse de l'occlusion nous conduit à celle de l'agent actif de compression, nous voulons dire du fibrome. Après l'enclume, étudions le marteau.

b) *La tumeur agent de compression.*

Nous distinguerons dans ce mécanisme deux sortes de compressions, l'une passive, l'autre active. Voici à quoi cela nous semble correspondre. Dans la forme passive, le fibrome, de par son poids, de par une rétroflexion plus ou moins marquée de l'utérus sur lequel il s'est développé, tend à se mouler dans le petit bassin, emplissant parfois même celui-ci en entier.

Le plus souvent, ces deux facteurs — poids de la tumeur et rétroflexion utérine — se conjuguent pour oblitérer la lumière intestinale. Et ceci se comprend : ce ne sont pas en effet les quelques centaines de grammes d'un fibrome de volume moyen qui suffiront par leur masse à empêcher le transit intestinal : peut-être pourront-ils créer une constipation plus ou moins marquée, plus ou moins rebelle aux petits moyens en usage, mais ils créeront difficilement par eux seuls une occlusion vraie. Mais que vienne s'ajouter à

ce fibrome une rétrodéviation de l'utérus, nous comprendrons que cette cause jointe à la précédente arrive à empêcher le fonctionnement de l'intestin par bloquage. D'ailleurs, cette rétroflexion de l'utérus est fréquente ; nous l'avons retrouvée dans un grand nombre de nos observations. Dans l'une d'elles, nous pouvons même lire (obs. 3, Chavannaz) :

« Le corps fibreux est très fortement porté en arrière ; la main peut facilement le ramener en avant, mais dès qu'on l'abandonne, il retombe en arrière, comme mû par un ressort. »

Mais il est également un autre facteur dont nous étudierons plus loin l'importance, c'est l'immobilité ou plutôt l'immobilisation de la tumeur ou de l'intestin. En effet, suivant les modifications de la statique du corps, l'utérus subit également des modifications de position. Bien que maintenu par les moyens de contention solides que constituent ses divers ligaments, il n'en conserve pas moins une certaine mobilité. Le fibrome qui s'est développé aux dépens de son parenchyme participe aussi dans les conditions normales à ces déplacements. C'est ainsi que dans le décubitus horizontal, la situation du fibrome ne sera pas la même que dans la station debout ou le décubitus latéral : de là une sorte d'instabilité dans la compression que subira le segment intestinal en rapport avec la tumeur, peu favorable évidemment à une occlusion complète.

Quant au mode de compression que nous qualifierons d'actif, ce sont là surtout les augmentations de volume de la tumeur ou du complexe utérus-tumeur que nous envisagerons.

Dans celles-ci, les unes sont physiologiques, suivant le cycle périodique génital des organes de la reproduction de la femme, et coïncideront avec les règles.

En effet, depuis longtemps déjà, l'augmentation de volume de l'utérus correspondant à l'époque menstruelle est connue ; de même l'augmentation de volume des fibro-

mes qui ne sont que des néoformations tumorales créées au sein même des fibres musculaires utérines et de structure histologique semblable. Mais cette augmentation de volume peut-elle être assez marquée pour constituer la cause déterminante d'une occlusion ? Certains auteurs se sont élevés contre cette possibilité et en particulier Pellanda, dans son ouvrage, a résolu la question par la négative.

Mais il est un fait troublant ; dans nos recherches personnelles, les occlusions se sont produites fréquemment au moment des règles, soit en même temps, soit légèrement après le début de celles-ci. Et en particulier, dans les observations de Sennewald, plusieurs fois le fait s'est produit. D'ailleurs cet auteur, dans les commentaires qui suivent la série des observations publiées, déclare : « Et sans doute, la cause même de la perturbation (iléus) paraît être une soudaine augmentation de volume du myome, causée par un afflux de sang lors de la menstruation. A l'appui de cette manière de voir, dans les cas 2, 3, 4, 5, surviennent des phénomènes d'iléus lors de la menstruation. » Et l'auteur de conclure au rôle à peu près certain de l'augmentation de volume du fibrome lors de la menstruation.

Parfois, dans certaines formes de tumeurs pédiculées, ce n'est plus le fibrome lui-même qui est l'agent actif de compression, c'est le pédicule, ainsi que dans l'observation 23 nous pouvons lire, au compte rendu opératoire :

« On trouve un fibromyome à long pédicule, avec des adhérences, qui avait étranglé l'intestin grêle ». Mais la torsion du pédicule pourrait aussi, selon certains auteurs, agir directement sur le fibrome lui-même en déterminant par striction de ses vaisseaux de retour une sorte de stase sanguine congestive qui se traduirait par une augmentation de volume de la tumeur. Et cette augmentation de volume constituerait alors, comme nous l'avons vu plus haut pour l'hyperhémie menstruelle, la cause déterminante de l'occlusion. Il nous reste maintenant à étudier le rôle joué dans

la pathogénie des occlusions par fibrome, par la fixité de la tumeur ou de l'intestin.

c) Fixité de la tumeur ou de l'intestin.

Il est en effet remarquable, nous disait un éminent chirurgien que nous consultions récemment pour notre ouvrage, de voir comment l'intestin échappe à la compression dans des cas où logiquement il devrait être absolument écrasé. Et ce maître nous disait avoir opéré parfois des fibromes énormes remplissant presque le petit bassin et montant par leur partie supérieure jusque dans le grand bassin sans qu'ils aient occasionné d'autres troubles qu'une constipation opiniâtre ou des troubles du côté du plexus sacré. Certains même, au niveau du détroit supérieur, avaient été tellement enserrés dans la ceinture osseuse qu'ils présentaient un sillon extrêmement profond leur donnant l'aspect d'un sablier. Et cependant ici encore pas d'Iléus.

C'est dire l'extrême tolérance de l'intestin lorsque par sa mobilité il peut échapper à une compression trop complète. Nous cédons la plume au professeur Gilbert qui écrit :

« Mettez l'intestin en contact avec une tumeur ; il échappera longtemps à la compression s'il n'est pas emprisonné physiologiquement ou fixé par adhérences pathologiques.

Privez-le de la mobilité nécessaire au fonctionnement régulier du péristaltisme en l'attachant à un point fixe, et vous le verrez, impatient de sa captivité se contracter et se tordre : de là le ralentissement des matières et finalement l'occlusion ». Emprisonné physiologiquement, dit le professeur Gilbert, nous dirions plutôt anatomiquement, car ce sont davantage les moyens de fixité de l'intestin normal, ses différents mésos qui sont en cause ici.

En effet, le segment du tube intestinal le plus fréquemment comprimé est le rectum : reportons-nous à l'anatomie, et celle-ci nous dit : Le rectum est un organe immo-

bile ; il peut se dilater, s'invaginer, mais les déplacements latéraux de sa portion intrapelvienne sont tout à fait restreints. Il est en effet fixé : 1° par le péritoine qui l'applique contre le sacrum sans former de méso ; 2° par le fascia rectal, sorte d'aponévrose qui rattache la partie non péritonéale de l'ampoule à l'aponévrose périnéale supérieure ; 3° par les deux muscles releveurs de l'anus et le sphincter. Nous voyons ainsi qu'il est logique que cette portion soit le plus souvent le siège d'occlusion par fibrome.

L'anse sigmoïde, elle, est beaucoup plus mobile ; le large éventail du méso-côlon pelvien lui permet en effet de se déplacer et de remonter dans les régions plus élevées de la cavité abdominale. Mais cependant elle pourra être comprimée par la tumeur utérine qui, au cours de son ascension hors du petit bassin, franchit le détroit et pourra là l'immobiliser.

Quant aux anses grêles qui descendent chez la femme jusque dans le cul-de-sac de Douglas, leur mobilité normale leur permet d'échapper à la compression tumorale en remontant dans l'abdomen. Néanmoins, il peut se faire que leur mobilité soit modifiée, soit par des adhérences, soit par des brides lorsqu'elles auront été le siège d'un processus pathologique quelconque, et là nous pouvons trouver la cause favorisant la production de l'iléus.

Mais si nous venons de voir que plus une portion intestinale est fixe, plus elle risque d'être le siège d'une compression par la tumeur utérine, nous devons rechercher aussi si l'absence de mobilité de cette dernière ne favorise pas l'occlusion. Et ici aussi, nous voyons que tout ce qui vient troubler l'évolution normale du fibrome dans son ascension hors des limites trop étroites du petit bassin va constituer une cause prédisposante à l'occlusion.

Tantôt ce sera l'augmentation de volume de la tumeur coexistant avec les règles, tantôt la congestion due à une torsion plus ou moins brusque du pédicule (cas de Sennewald) qui immobiliseront le fibrome et déclencheront l'occlusion.

Dans d'autres cas, ce sera le poids de la tumeur joint à la rétroflexion utérine qui tendra à faire basculer le fibrome dans le pelvis et produira l'enclavement. Les adhérences également constitueront une cause prédisposante, adhérences dues à une transformation du fibrome : nécrobiose, sphacèle, dégénérescence, ou plus souvent encore à une infection de voisinage, telle que : appendicite et surtout annexite ou salpingite (obs. de Boeckel).

L'occlusion pourra encore être le fait d'un enclavement ou d'une incarcération du fibrome, comme nous le montrent les observations 17, 18, 19, 27, 28. Mais il est aussi une cause favorisante qui ne doit pas être oubliée, cause d'origine pathologique qui intéresse le squelette ; nous voulons parler des bassins rétrécis. Car si déjà dans un bassin normal le développement d'une tumeur utérine peut dans certaines conditions déterminer des accidents d'occlusion, il semble *a priori* qu'un bassin rétréci soit encore à ce point de vue plus redoutable. Et nous voyons la confirmation de cette hypothèse dans les observations de Sennewald. En effet, sur 8 cas rapportés, cet auteur mentionne deux fois (obs. 18 et 19) l'existence d'un rétrécissement du bassin chez des malades ayant présenté par la suite des accidents d'occlusion intestinale d'origine fibromateuse.

Et ceci n'est point pour nous étonner puisque nous connaissons la possibilité de l'étranglement intestinal dans un bassin normal ; à plus forte raison cette occlusion pourra-t-elle se produire dans les bassins ayant subi au cours de leur évolution des modifications restrictives dans leurs différentes dimensions. Dans ceux-ci, en effet, la mobilité possible de la tumeur utérine et de l'intestin sont diminués dans des proportions évidemment en rapport avec le rétrécissement.

En résumé, nous retiendrons que, pour qu'il y ait occlusion, deux conditions sont indispensables : d'une part, l'existence d'un plan résistant osseux et de l'autre celle d'une tumeur comprimant contre ce plan un segment du

tube intestinal. A ces deux éléments essentiels viennent s'ajouter des facteurs secondaires prédisposant à l'occlusion : c'est l'immobilité ou l'immobilisation soit de l'intestin, soit de la tumeur.

Ce dernier facteur peut être d'origine physiologique — congestion ou hyperhémie du fibrome — ou pathologique : adhérences ou brides.

Chapitre V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelles sont les lésions que l'on rencontre, dans ces cas d'occlusion, sur les tuniques intestinales ? Les grosses lésions, visibles à l'œil nu, ont été décrites par les chirurgiens qui les ont rencontrées au cours des interventions ou des nécropsies. Mais les lésions histologiques ont été plus rarement étudiées. Nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Muratet des précisions d'anatomie pathologique que nous cherchions en vain ; nous lui adressons ici nos vifs remerciements pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée.

Macroscopiquement, les lésions de l'iléus ont surtout été étudiées au niveau de l'intestin grêle et principalement au cours des étranglements herniaires. Néanmoins, quel que soit le segment intéressé ou la modalité d'occlusion, les lésions sont sensiblement les mêmes. Au début, la lésion la plus évidente de l'anse étranglée est la congestion allant jusqu'à la rupture des vaisseaux (obs. 2). A un stade plus avancé, correspondant à une compression plus violente ou plus ancienne en date, l'intestin, tendu, œdématié, prend une coloration violacée sur laquelle se détachent des points ou piqueté hémorragiques : la muqueuse est également injectée de sang, la séreuse dépolie prend un aspect terne, poisseux (obs. 10 et 11).

Mais c'est sur le sillon marqué par l'agent d'étranglement que les modifications sont le plus apparentes. En ce point, la coloration ecchymotique est au maximum ; la

paroi semble s'amincir et vouloir se rompre (obs. Boeckel). Plus tard, elle présente des perforations ou des plaques de sphacèle qui intéressent tout ou partie de la circonférence intestinale (obs. 15). L'ulcération se fait progressivement, de dedans en dehors, attaquant d'abord la muqueuse, puis la musculeuse, enfin la séreuse.

Au delà du sillon ou de la zone de compression, l'anse étranglée est moins atteinte quoique intensément colorée par le sang extravasé. Le péritoine altéré de bonne heure, hyperhémié, ne tarde pas à se recouvrir d'un exsudat fibrineux et de molles adhérences.

Au stade ultime, l'intestin flaccide se gangrène, l'escharre se ramollit et se perfore : le contenu, représenté d'abord par des gaz, plus rarement par des matières plus ou moins liquides (obs. Boeckel), devient ensuite une sorte de purée hémorragique. La congestion intense, la gangrène, le sphacèle sont donc les lésions essentielles de l'intestin étranglé avec sa conséquence grave : la péritonite.

Microscopiquement, certains auteurs, comme Jobert de Lamballe, Labbé, Nicaise, Miotte, ont fait des constatations précises. De même, Cornil et Tchistowich, Bosc et Blanc ont recherché les lésions intestinales. Pour Cornil et Tchistowich, au début on constate aux points lésés une stase sanguine considérable. La sous-muqueuse s'infiltre de leucocytes et de globules rouges, tandis que les glandes se nécrosent. La muqueuse enflammée se dépouille de son épithélium.

A un moment donné, on rencontre superficiellement des plaques jaunes ou grises qui rappellent la diphtérie : ce ne sont que des lambeaux de muqueuse nécrosée. Dans les couches profondes, se voient des phénomènes de diapédèse ; les fibres musculaires s'altèrent, mais résistent plus longtemps au processus morbide. Aux points les plus atteints, on trouve des ulcérations en coup d'ongle qui évoluent vers la perforation.

D'après Bosc et Blanc, le processus débute par une infil-

tration hémato-leucocytaire de la partie sous-épithéliale de la villosité et de l'épithélium même de l'intestin. Celui-ci persiste, ou desquame en plaques.

Puis on constate l'abrasion de l'épithélium, une infiltration leucocytaire dense des villosités, de la dégénérescence granuleuse et vacuolaire des glandes, des dilatations des capillaires, surtout à la base des villosités. Là où la lésion est à son maximum, l'épithélium est détruit, les villosités sont nécrosées dans leur portion superficielle et infiltrées de leucocytes. Parfois elles se réduisent à leur axe central et à de gros vaisseaux dilatés. La couche interglandulaire présente une diapédèse intense, une congestion allant jusqu'à la rupture des parois vasculaires, déterminant ainsi des foyers et des traînées hématiques qui débordent la *muscularis mucosae* et envahissent la sous-muqueuse. Celle-ci remplie de leucocytes prend, par suite de la dilatation des vaisseaux et de la distension des lacunes du tissu conjonctif, l'aspect d'un tissu caverneux dont les espaces sont gorgés de globules blancs.

Les artérioles se thrombosent. La congestion et la diapédèse se retrouvent profondément et se localisent surtout entre les deux couches musculaires au niveau du plexus d'Auerbach. Les fibres transversales sont plus résistantes ; mais au stade de nécrose superficielle, les fibres musculaires dégenèrent, dissociées par des infiltrations hémorragiques. La sous-séreuse présente des phénomènes de même ordre. Le péritoine est libre ou couvert d'exsudat.

A ce moment, les fibres musculaires gonflées, réfringentes, subissent la dégénérescence hyaline.

En résumé, les lésions histologiques consistent en : diapédèse hémato-leucocytaire, hémorragies et nécrose.

Bactériologiquement, on a étudié le passage des bactéries à travers la paroi de l'intestin étranglé. Nepveu, Clado ont trouvé de nombreuses bactéries hors de la paroi le lendemain de l'étranglement. Boënneckers trouve des microbes dans toutes les couches de l'intestin ; Blom, Max Oken les

colorent dans la muqueuse, la sous-muqueuse, sous le péritoine, mais n'en voient pas dans les vaisseaux. De Klecki, Bosc et Blanc confirment ces résultats.

Au début, le passage des bactéries n'aurait pas lieu par voie directe ; il se ferait indirectement, en empruntant la voie sanguine, la musculaire faisant barrière. Mais si l'épithélium desquame, on les retrouve au-dessous des cellules désagrégées, dans le tissu interstitiel et les vaisseaux de la muqueuse lorsque les phénomènes nécrotiques sont avancés.

Dans la musculaire, ils abondent lorsque les fibres musculaires sont dégénérées et dissociées par le processus hémorragique.

La sous-séreuse également en contient quand les lésions ont déterminé une sorte de clivage hémorragique de ses faisceaux.

Généralement, on en voit à la surface de la séreuse.

Telles sont les lésions au point directement comprimé. Mais il existe au-dessus des altérations que nous allons décrire rapidement : dilatation, amincissement, lésions destructives.

C'est surtout lorsque l'agent d'occlusion est bas situé — rectum, S iliaque — qu'on les voit se constituer au voisinage du point lésé et même beaucoup plus haut avec un maximum généralement au niveau du coecum.

Surtout nous intéressent les lésions destructives de l'intestin en amont. Ces lésions de la muqueuse, décrites pour la première fois par Laënnec, ont été étudiées par un grand nombre d'auteurs. Citons seulement Letulle, Haussmann, Albarran, Gandy, Junien-Lavillauroy. On les rencontre, soit immédiatement au-dessus de l'obstacle, soit surtout au niveau du coecum. Ce sont tantôt une rupture diastatique (Hesch), tantôt des ulcérations gangréneuses ou dysentériformes (Letulle) par toxi-infection intestinale.

Dans le premier cas, c'est un éclatement de l'intestin, une rupture du tissu musculaire et de la séreuse à travers

laquelle la muqueuse et la celluleuse viennent faire hernie. Les éléments doués d'élasticité se rétractent ; il n'y a pas hémorragie, pas de foyers inflammatoires.

Dans le second type, ce sont des ulcérations gangréneuses ou dysentériformes, à bords nets taillés à pic, dont le fond repose, parfois recouvert d'une escharre, sur la musculeuse plus d'une fois érodée ou même perforée. Les vaisseaux de la muqueuse corrodée sont béants, gorgés de sang. Outre ces altérations, on peut trouver à grande distance du siège de la sténose des abrasions muqueuses et des figures de desquamation cellulaire allant même jusqu'au duodénum. Loëper et Ficaï ont trouvé dans le contenu intestinal une proportion plus grande que normalement d'amylase, de ferment protéolytique et de lypase et comparent les lésions de l'intestin à celles que donne l'injection intramusculaire de suc pancréatique. L'influence des sucs digestifs interviendrait donc peut-être dans la production des ulcérations. Mais c'est là une question qui sort du cadre de notre étude : nous constatons les lésions sans en rechercher la pathogénie.

Chapitre VI

SYMPTOMATOLOGIE

Signes subjectifs.

Les signes de l'occlusion par fibrome sont ceux de l'occlusion intestinale banale par compression de l'intestin.

Parmi les signes subjectifs, la douleur prend la première place. C'est un élément assez constant, mais d'un caractère variable : le plus souvent, elle est atroce, arrachant des cris à la malade qui parfois se tient le ventre à deux mains (obs. Bernadet). Cette douleur présente des paroxysmes qui correspondent aux contractures péristaltiques de l'intestin qui tente de lutter contre l'obstacle. Parfois cependant, la douleur est remplacée par une sensation de pesanteur dans l'abdomen, ou de « quelque chose qui se démollit dans le ventre » (obs. 3). Dans d'autres cas, elle est presque inexistante et les signes fonctionnels dominent : vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Les vomissements sont contemporains de la douleur lorsque celle-ci existe. D'abord alimentaires, puis bilieux, ils changent assez rapidement de caractère selon l'acuité de l'occlusion, deviennent porracés et enfin fécaloïdes. Ce type de vomissement, de couleur ocre clair, d'aspect bien lié, d'odeur rappelant celle des matières fécales, est bien caractéristique de l'iléus.

Enfin, signe pathognomonique de l'occlusion, par l'anus ne passent plus ni matières ni gaz ; mais cet arrêt n'est parfois pas brusque. En effet, le plus souvent, les malades fibromateuses auront présenté un passé digestif montrant une atteinte du transit intestinal normal. Ce sont des fem-

mes qui auront dû avoir recours, pour triompher d'une constipation opiniâtre, aux petits moyens si souvent employés : purgatifs, lavements, des femmes qui auront présenté jusqu'alors des phénomènes d'occlusion chronique ou plutôt incomplète. Cependant, dans les cas d'occlusion aiguë, cet arrêt des matières et des gaz est subit, total d'emblée (obs. 2, 13, 15), absolu.

Signes objectifs

La malade est pâle, ses traits sont tirés, les yeux s'excavent, le nez se pince, s'effile. Chez ces malades, comme le disent J.-L. Faure et Siredey, « ... la rétention des matières détermine une intoxication qu'ont étudiée Posnen et Lewin. Elle se traduit par un état saburrhal de la langue et une teinte jaunâtre de la peau qui, pour Barnes, serait un des principaux éléments du facies utérin, jadis décrit par Aran. »

La température demeure le plus souvent aux environs de la normale, parfois même il y a hypotermie, témoin de l'intoxication profonde de l'organisme.

Le pouls, lui, est en désaccord avec la température ; il y a là dissociation ; petit, rapide, mal frappé, il oscille, comme fréquence, entre 100 et 120.

Le ventre est ballonné : ce ballonnement parfois énorme, au point de gêner ou d'empêcher l'examen (obs. de Sennewald), présente, semble-t-il, une topographie un peu différente suivant la portion de l'intestin en cause.

Quand l'occlusion porte sur la partie terminale du gros intestin, ce sont plutôt les parties latérales et supérieures de l'abdomen qui sont distendues : c'est là le cadre colique des cliniciens.

L'intestin grêle est-il le siège de l'occlusion, ce ballonnement sera moins important, plus médian, dessinant une sorte de dôme dont l'ombilic sera le centre.

Des mouvements ppéristaltiques seront même parfois visibles ; ils témoigneront de l'effort de l'intestin contre l'obs-

tacle extérieur. Il faudra les rechercher à jour frisant, c'est-à-dire de telle façon que le rayon lumineux qui viendra frapper notre rétine effleure, « frise » la surface cutanée de l'abdomen.

Dans les occlusions du côlon, d'autre part, l'indicanurie est plus marquée que dans les oblitérations d'un autre segment intestinal : la formule urinaire est donc à considérer. L'examen, par toucher-palper combinés, mettra en évidence la cause de l'occlusion. Parfois gêné à l'extrême, soit par le météorisme — surtout dans les occlusions du gros intestin ou du rectum —, soit par la douleur que révèle la palpation, au point qu'il ne sera réellement efficace que sous anesthésie (Sennewald), le toucher vaginal joint au palper révèlera la tumeur. Il en précisera la nature, la situation, la consistance et la mobilité. Le toucher rectal ne doit jamais être oublié ; car cette négligence pourrait, comme nous le verrons plus loin, fausser le diagnostic causal de l'occlusion. Dans les compressions bas situées, il pourra, confirmant les renseignements donnés par le toucher vaginal, préciser la tumeur et apprécier le siège de la compression.

Evolution.

L'état général aura déjà apporté d'autre part une aide à l'établissement du diagnostic topographique. Très altéré, dénotant une stercorémie de marche rapide, c'est un élément qui tendra à faire localiser l'occlusion dans l'intestin grêle.

En effet, la physiologie nous apprend que l'intestin grêle s'il constitue le lieu d'élection de l'absorption digestive, est également le lieu où se produit la résorption des toxines que ses contractions ne peuvent plus éliminer.

Sans doute, le gros intestin peut-il absorber, on l'a démontré pour les sels, les sucres, les peptones, mais l'absorption y est plus lente que dans le grêle, ce qui nous

explique que les occlusions siégeant, soit sur le côlon, l'S sigmoïde ou le rectum, s'accompagnent d'accidents de toxémie d'origine stercorale à évolution moins rapide.

Quoi qu'il en soit, l'aboutissant de cette occlusion, qu'elle siège sur le grêle ou sur le gros intestin, sera la toxémie due à la résorption des matières non évacuées. Cette stercorémie, d'allure différente slon le segment atteint, comme nous l'avons vu, non traitée, et ici il ne saurait être question de traitement médical, mais de traitement chirurgical d'urgence dans les formes aiguës où il faut aller au plus pressé, aboutira à une issue à peu près fatalement mortelle. L'intervention même, dans les cas où l'intoxication de l'organisme est déjà trop ancienne ou trop intense, ne pourra pas, par la débâcle stercorale qu'elle provoque, suffire à enrayer la marche de la toxémie.

Parfois, lorsque la compression aura été excessivement violente et qu'un processus de sphacèle se soit installé soit sur l'intestin, soit sur le fibrome (obs. Bernadet), l'élément intoxication ne sera plus seul en cause, mais également le facteur infectieux. La péritonite est, en effet, à redouter lorsqu'il y aura atteinte de l'intégrité cellulaire de l'intestin ou de la tumeur (obs. 10, 11, 12) et la mort en sera la conséquence à peu près inévitable.

De la gravité de ce tableau clinique découle l'intérêt d'un diagnostic précoce, tant différentiel que causal.

Diagnostic.

S'agit-il vraiment d'occlusion intestinale ? N'est-ce point à de la péritonite aiguë que l'on a affaire ?

Dans celle-ci, le facies est plus altéré que dans l'occlusion intestinale ; d'autre part, il exprime davantage l'anxiété et la souffrance. Les yeux sont excavés comme dans l'occlusion, les narines sont animées d'une sorte de palpitation, le sillon nasolabial se creuse. Les extrémités se refroidissent et se couvrent de sueurs froides.

La douleur diffuse rapidement à tout le ventre, elle est très superficielle, réveillée par le moindre attouchement, le moindre contact. Les vomissements, dans la péritonite, sont plutôt porracés, ont moins le caractère fécaloïde des vomissements de l'occlusion. L'arrêt des gaz est moins absolu que dans l'occlusion ; ils peuvent encore passer de loin en loin.

De plus, on n'observe pas ces ondulations péristaltiques qui sont sensibles sur la paroi abdominale dans l'occlusion.

Du côté du pouls, même rapidité, même phénomène ; l'hypotension est la règle ; mais du côté de la température existe une différence. Alors que dans l'occlusion elle est quasi-normale, dans les péritonites aiguës il y a hyperthermie, 39°5, 40. L'étranglement herniaire est également à rechercher : mais l'examen méticuleux des différents orifices herniaires renseignera rapidement sur l'existence de cet étranglement. Bien plus difficile le diagnostic de hernie interne, en l'absence de tout passé pathologique ou de tout autre symptôme spécial qui pourrait permettre de penser à la variété topographiquement correspondante : hernie dans l'hiatus de Winslow, hernie étranglée dans un orifice épiploïque (obs. très rare du Pr J. Guyot).

Cependant, le toucher vaginal, le toucher rectal, qui ne doivent jamais être négligés, apporteront une aide précieuse à l'établissement du diagnostic, en révélant l'existence d'une tumeur parfois inconnue de la malade. Car si, le plus souvent, les signes de compression des viscères voisins, ou les métrorragies ont attiré l'attention, dans certains cas — 20 % environ — le fibrome demeure inconnu lorsqu'éclatent les accidents d'iléus. Sans doute, beaucoup de ces malades avaient-elles présenté une constipation plus ou moins opiniâtre, obligées qu'elles étaient d'avoir recours à tous les petits moyens en usage ; mais nous savons qu'un tel état est si banal chez la femme, qu'il n'est pas étonnant qu'elles n'en fussent point trop préoccupées.

Chez ces malades, le diagnostic sera plus difficile, car ce n'est qu'à l'examen qu'on découvrira la cause de la compression intestinale. Le plus souvent, cependant, soit par ses signes de voisinage — compression vésicale ou compression dans la sphère nerveuse — soit par ses signes intérieurs, nous voulons parler des métrorragies, le fibrome se sera révélé. C'est ainsi que dans nos observations nous pouvons relever :

Fibromes connus avant l'occlusion	62 %
Fibromes inconnus	20 %

Dans les autres cas, le diagnostic fut contredit par les découvertes opératoires. On trouve un fibrome comme cause de l'Iléus, alors que le diagnostic était : pérityphlite ; kyste de l'ovaire, — tumeur de la rate — ou bien même n'avait pas été porté.

Ainsi, chez une malade, le diagnostic d'occlusion est porté et l'existence d'un fibrome est connue. Faut-il conclure que la tumeur est fatalement la cause de cette occlusion ? Loin de là, il faut, en cas d'occlusion aiguë, rechercher si la cause ne serait pas un volvulus, surtout si on peut localiser l'obstacle dans la fosse iliaque gauche.

Le passé de la malade nous relate-t-il une intervention ou des antécédents pathologiques infectieux de la cavité abdominale, il faudra songer à la possibilité de coudures ou de brides.

On recherchera soigneusement les différents signes qui pourraient évoquer l'idée d'une hernie interne étranglée dans l'hiatus de Winslow.

L'occlusion, actuellement aiguë et complète, a-t-elle eu une phase antérieure chronique et incomplète ? Dans ce cas, il faudra rechercher l'existence des divers processus sténosants à marche lente mais progressive. La tuberculose intestinale, dans sa forme hypertrophique cœcale, avec son syndrome de Koënig, ses alternatives de constipation et de diarrhée, ses borborygmes lorsque les gaz arrêtés en

amont sont tout à coup libérés au niveau de la striction, sera assez facilement reconnue, lorsque l'examen aura mis en évidence l'existence de sa tumeur cæcale.

Mais le diagnostic le plus important à éliminer est sans doute celui des néoplasmes propres de l'intestin, cancer des côlons et surtout cancer du rectum.

Dans le cancer du côlon, c'est surtout le côlon gauche qui retiendra notre attention puisqu'il est sténosant, alors que le néo du côlon droit est surtout hyperthrophique, encéphaloïde, le gauche étant le plus fréquemment un squirrhe en ficelle — les signes sont parfois réduits.

Les troubles de l'état général, l'amaigrissement, la fatigue, pourront cependant faire soupçonner une tumeur maligne et mettre hors de cause la tumeur bénigne de l'utérus. Cependant, dans les fibromes qui saignent, l'état général peut aussi être touché, l'asthénie peut résulter de ces métrorragies répétées. De là une nouvelle difficulté pour le diagnostic. Les signes intestinaux vont avoir une manifestation commune : la constipation. Nous avons vu, en effet, que nos malades ont pour la plupart présenté une constipation opiniâtre. On la retrouve dans les néoplasmes du côlon. Mais dans ceux-ci viennent se surajouter des hémorragies intestinales parfois difficiles à mettre en évidence ; d'autre part, on peut retrouver des glaires dans les selles, et ces deux signes, sang et glaires dans les selles les distingueront des oblitérations extrinsèques par fibrome.

Le cancer du rectum, dans sa forme clinique classique, sera aisément reconnu ; son début insidieux, l'amaigrissement des malades, les écoulements rectaux et, le plus souvent, les hémorragies rectales, mettront le médecin sur la piste du diagnostic.

Le toucher rectal pratiqué avec douceur révélera le bourgeon de la forme végétante ou l'ulcération saignante et douloureuse, à base indurée, cartonnée, du néoplasme.

La rectoscopie confirmera par la vue les signes fournis

par le toucher. Mais, parfois, les signes seront d'une telle banalité qu'ils éloigneront le diagnostic. Dans d'autres cas, l'occlusion sera le premier symptôme d'un néo demeuré latent, d'où la règle de toujours pratiquer le toucher rectal dans l'occlusion intestinale. Cependant, un examen soigneux et méthodique pourra demeurer négatif au point de vue tumeur propre de l'intestin ; il n'aura que révélé ou confirmé l'existence d'un fibrome utérin et, dans ce cas, il sera juste et logique de conclure que ce dernier est bien la cause de l'occlusion. Néanmoins, il faudra s'entourer de toutes les garanties données par un examen minutieux de tout l'appareil digestif, par un interrogatoire approfondi portant sur les modifications ou les troubles éventuels du transit intestinal. Il faudra rechercher la présence ou l'absence des hémorragies, qui peuvent, comme nous l'avons vu, être plus ou moins occultes, au point même de passer inaperçues.

Et parfois, malgré un examen minutieux, et un interrogatoire méthodique, le diagnostic d'occlusion par fibrome que l'on pourra porter sera sinon erroné du moins incomplet comme nous le prouvent les quelques observations qui vont suivre.

Dans celles-ci, les malades ont présenté des phénomènes d'iléus nettement caractérisés (vomissements arrêt des matières et des gaz) ; l'examen soigneux n'a pu mettre en évidence, comme cause d'occlusion, que la tumeur utérine. Et cependant, les constatations opératoires démontrèrent qu'il existait une tumeur propre des tuniques de l'intestin. Que doit-on en conclure ? C'est ce que nous essaierons de discuter après avoir rapporté ces observations. Parmi elles, la première nous fut donnée par M. le Pr Guyot nous en devons deux à l'extrême obligeance de M. le Dr Lafourcade, que nous remercions ici ; deux autres ont été publiées par le Professeur Okinczyc, en 1930 et 1933, dans les « Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie » ; la cinquième, par M. Binet, dans la « Revue d'obstétrique et de gynécologie de Nancy ». Enfin, pour la

dernière, nous remercions M. le Dr Villar, chirurgien des hôpitaux, de nous l'avoir communiquée.

Les observations II, III et IV nous montrent qu'à l'intervention, après hystérectomie, l'exploration intestinale mit en évidence un néo du sigmoïde.

L'observation V, celle d'une grosse tumeur de l'angle splénique du côlon ayant envahi le tissu sous-péritonéal postérieur.

Dans l'observation VI, le chirurgien opérant pour une occlusion attribuée à un fibrome trouve, outre celui-ci, un hydrosalpinx, un kyste de l'ovaire gauche et un néoplasme du rectum.

Dans la VIIe, le diagnostic opératoire porté sur les signes donnés par l'examen était celui de tumeur utérine. Mais l'occlusion fut attribuée à un néoplasme intestinal, devant la rareté des occlusions par fibromes.

L'intervention montra qu'en réalité il n'y avait pas de fibrome, mais que les signes attribués à la tumeur utérine étaient en réalité dus au cancer de l'intestin dont la masse volumineuse simulait un fibrome.

Observation I
(*Inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Professeur J. Guyot,
Professeur de clinique gynécologique à la Faculté

Obstruction intestinale : laparotomie. Hystérectomie subtotale. Hernie interne : intestin étranglé à travers un orifice épiploïque. — Guérison.

Mme X..., de La Réole, est apportée il y a 10 ans, d'urgence à la clinique pour obstruction intestinale. Il s'agit d'une grosse femme ayant un volumineux fibrome utérin. Elle a été prise la veille d'une crise abdominale aiguë : douleurs, nausées, vomissements, arrêt des gaz.

Le diagnostic d'occlusion s'impose et la laparotomie est pratiquée d'urgence : on tombe sur un gros fibrome irrégulier.

On pratique une hystérectomie subtotale. A la fin de l'opération, en inspectant l'abdomen, on aperçoit une anse grêle

très distendue. On la libère d'un orifice épiploïque dans lequel elle est étranglée.

Fermeture du ventre. — Guérison. — Dans ce cas, le chirurgien n'a trouvé la cause de l'occlusion qu'après l'hystérectomie, le volume de la tumeur utérine masquant la vraie cause de l'occlusion étrangère au fibrome dont l'ablation facilita la découverte opératoire.

Observation II
(*Inédite*)

Docteur Lafourcade, de Bayonne.

Occlusion intestinale, fibrome, néo de l'S iliaque. — Résection entéro-anastomose. — Guérison.

Mme D..., 40 ans, d'Hossegor, est envoyée par le Dr J..., avec le diagnostic de fibrome utérin enclavé, se compliquant d'occlusion intestinale. L'examen montre, en effet, un volumineux fibrome qui paraît bloqué dans l'excavation. Le toucher rectal pratiqué confirme les renseignements du toucher vaginal et ne met en évidence aucun autre signe du côté intestinal.

Opération. — On trouve après laparotomie, un fibrome utérin enclavé. Hystérectomie assez pénible. Mais après celle-ci, l'exploration de l'intestin met en évidence un cancer de l'S iliaque.

Résection et entéro-anastomose latéro-latérale.

Observation III
(*Inédite*)

Docteur Lafourcade, de Bayonne.

Occlusion intestinale, fibrome, cancer recto-sigmoïdien. — Exérèse, entéro-anastomose. — Guérison.

Mme S... Amelia, 42 ans, Portugaise, envoyée par le Dr C..., a un passé fibromateux net (métrorragies, etc...). Actuellement, crise d'occlusion intestinale. Le diagnostic est celui d'occlusion intestinale compliquant un fibrome utérin.

Opération. — Juin 1930. — Laparotomie. Fibrome du fond de l'utérus. On pratique l'hystérectomie subtotale, puis on explore l'intestin. L'exploration révèle alors un néoplasme de la région recto-sigmoïdienne.

On fait une résection intestinale, une exérèse large de la tumeur et une entéro-anastomose latéro-latérale.

Les suites opératoires sont bonnes. Néanmois, il se produit une fistule stercorale qui, assez rapidement, se bouche spontanément.

Revue récemment (mai 1934), la malade est en parfaite santé.

Observation IV
(Okinczyc)

Bulletins et mémoires de la société nationale de chirurgie. 1930.

Occlusion intestinale, fibrome, néoplasme (squirrhe) du côlon pelvien. — Résection, abouchement en canon de fusil. — Guérison.

Le 19 novembre 1929, une malade de quarante-quatre ans est adressée à la consultation de mon service, avec le diagnostic du fibrome utérin.

Cette malade, maigre, fatiguée, se plaint de ménorragies abondantes, surtout depuis un an. Les règles ont augmenté en quantité et en durée; pas de métrorragies dans l'intervalle des règles ; la malade n'accuse aucune douleur, elle se plaint seulement de pesanteur dans le bas-ventre et d'une constipation opiniâtre.

Dans les antécédents, nous relevons en 1922 des ménorragies et des métrorragies qui ont cédé spontanément ; en 1924, une intervention pour polype utérin.

A l'examen pratiqué le 19 novembre, le ventre n'est pas augmenté de volume. Au palper, on sent au-dessus de la symphyse une petite tumeur arrondie, dure, mobile, qui a les caractères d'un fibrome utérin.

Au toucher vaginal, le col est régulier, conique, un peu abaissé ; l'orifice, fermé, regarde dans l'axe du vagin.

Par le palper bimanuel, on sent le corps utérin en antéflexion plaqué derrière la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur, séparée de l'utérus par un sillon, on sent une masse assez volumineuse, dure, régulièrement arrondie, peu mobile, et qui, en tout cas, ne se mobilise pas autant que l'utérus. Une autre tumeur est perçue en avant et se mobilise avec l'utérus.

Les culs-de-sac sont souples.

Au toucher rectal, on sent la masse du Douglas, qui fait une saillie très marquée dans le rectum et s'étend jusqu'au sacrum, comprimant le rectum.

Diagnostic : Fibromes utérins, dont un postérieur avec tendance à l'enclavement.

Nous conseillons l'opération à la malade, qui préfère différer l'intervention.

Le 27 novembre 1929, soit huit jours plus tard, elle est ramenée d'urgence dans mon service pour des phénomènes de subocclusion.

Elle n'a pas été à la selle depuis quatre jours, mais il n'y a jamais eu arrêt complet des gaz. La malade ne souffre pas, ne vomit pas.

A l'examen, l'abdomen présente un certain météorisme, avec sonorité tympanique à la percussion. Au palper, le ventre est souple, non douloureux.

Quand on l'interroge, la malade déclare qu'elle n'est jamais demeurée si longtemps sans aller à la selle ; mais jamais il n'y a eu de sang ni de glaires dans les selles.

Le pouls est à 120, la température à 38°.

Le toucher vaginal fournit exactement les mêmes renseignements qu'au précédent examen.

Convaincu, en l'absence d'autres signes, qu'il s'agit d'une compression du rectum, mais que l'occlusion complète n'est pas à redouter, je fais donner des laxatifs et administrer des lavements évacuateurs, qui ne donnent aucun résultat. Le 30 novembre, les gaz cessent de passer, les anses se dessinent sous la paroi, avec des mouvements péristaltiques visibles. Il n'y a plus à hésiter, et j'interviens aussitôt.

Toujours persuadé que ce syndrome d'occlusion est difficilement réalisé par une simple compression d'un fibrome, qui d'ailleurs garde encore une certaine mobilité, je tente une dernière épreuve : je pratique une rachianesthésie. S'il ne s'agit vraiment que d'une compression, la débâcle va se produire, ce qui facilitera d'ailleurs une opération qui, en raison du météorisme, s'annonce malaisée.

La débâcle ne se produit pas ; sans plus attendre, j'interviens par cœliotomie médiane sous-ombilicale. Les anses intestinales distendues gênent l'exploration, mais le diagnostic de fibrome utérin se confirme ; il y a deux tumeurs fibreuses : l'une antérieure, l'autre postérieure plus volumineuse, enclavée sans pression exagérée dans le pelvis. L'extériorisa-

tion en est assez facile. Malgré le désenclavement, il ne se produit aucun passage de gaz ni de matières dans le rectum. Il est donc à peu près certain que le fibrome n'est pas cause de l'occlusion et qu'il faut chercher ailleurs. Mais le champ opératoire, déjà réduit par les anses intestinales distendues, est maintenant encombré par le fibrome extériorisé. Pour donner du jour, la meilleure solution est de pratiquer une hystérectomie, ce que je fais aussi rapidement que possible, assez gêné par les anses intestinales difficilement contenues et protégées. L'utérus et ses fibromes enlevés, l'exploration devient malgré tout plus facile et je puis sentir dans la fosse iliaque gauche un squirrhe du côlon pelvien. Son méso court ne se laisse pas amener dans mon incision médiane.

Pour gagner du temps, dans cette opération qui va être prolongée par l'extériorisation du cancer intestinal, je renonce à péritoniser au siège de l'hystérectomie, me contentant de mettre en place un drainage à la Mikulicz et je suture la paroi en un plan sur la ligne médiane.

Grâce à l'anesthésie rachidienne, toute cette première partie de l'opération est bien supportée.

J'incise alors dans la fosse iliaque gauche. L'anse pelvienne du côlon qui porte la tumeur est extériorisée. Le méso est lié et sectionné aussi loin que possible. Les deux pieds de l'anse sont affrontés en canon de fusil, le péritoine suturé au pourtour. Puis l'anse est écrasée de part et d'autre de la tumeur à bonne distance et sectionnée. Je place un tube de Paul dans le bout afférent, je laisse l'écraseur en place sur le bout efférent. Pansement.

Le traitement post-opératoire a surtout consisté en injections intraveineuses de sérum hypertonique. Assez rapidement tout rentre dans l'ordre; l'évacuation intestinale se fait régulièrement. Le tube de Paul tombe le quatrième jour ; le même jour, l'écraseur du bout efférent est enlevé et je réunis par quelques points au fil de lin les deux bouts de l'intestin pour achever leur adossement sur la moitié de leur circonférence.

Le Mikulicz est enlevé facilement le sixième jour et je fais une première application de l'entérotome le neuvième jour.

Tout se passe très régulièrement jusqu'au quinzième jour. Dans l'après-midi du 15 décembre, la malade est prise brusquement de nausées, en même temps que le ventre se météorise et que la température s'abaisse à 36°8. L'anus artificiel

cesse de fonctionner, des vomissements abondants apparaissent.

Je vois la malade le 16 décembre au matin, avec les signes d'une nouvelle occlusion, qui paraît cette fois de siège élevé ; un vomissement nettement fécaloïde confirme ce diagnostic.

J'interviens aussitôt sous anesthésie générale. Cœliotomie médiane sous-ombilicale. L'intestin grêle est fortement distendu par des liquides et des gaz. Je fais une ponction de l'anse la plus distendue et une évacuation aussi abondante que possible. L'exploration devient alors facile, sans éviscération et sans brassage. L'intestin grêle dans sa portion terminale adhère dans le fond du Douglas et dessine une coudure à angle aigu qui empêche complètement le passage des matières et des gaz. Sans essayer de libérer l'adhérence, je pratique entre l'anse afférente distendue et l'anse efférente aplatie, une entéro-anastomose latéro-latérale. Fermeture de la paroi en un plan.

Après quelques nouvelles injections intraveineuses de sérum hypertonique, les suites sont très simples et la malade se remet très rapidement, si bien que je fais une seconde application de l'entérotome le 13 janvier.

Dans les jours qui suivent, la malade va spontanément à la selle par l'anus normal. Mais pour clore plus rapidement cette histoire déjà longue, le 25 janvier, je pratique, à l'anesthésie locale, la fermeture de l'anus iliaque.

Actuellement, la cicatrisation est complète et la malade recommence à se lever ; elle quittera l'hôpital dans quelques jours.

L'examen histologique de la tumeur intestinale a confirmé sa nature épithéliomateuse : il s'agit d'un épithélioma glanduliforme à cellules prismatiques ou cylindriques, avec envahissement de toute l'épaisseur de la paroi.

Observation V
(Okinczyc)

Occlusion intestinale, fibrome, néoplasme de l'angle splénique. — Entéro anastomose. — Guérison

Mme C..., 52 ans, vient me consulter le 18 février 1933. C'est une ancienne malade que j'ai déjà examinée en 1925. Elle s'était déjà à cette époque aperçu, par hasard, de l'existence d'une tumeur dans le bas-ventre, faisant saillie dans la

fosse iliaque gauche. Elle n'a jamais souffert. Réglée à 11 ans, les époques ont toujours été régulières. Jamais de ménorragies, ni métrorragies. Un peu de leucorrhée depuis 1924. Ni grossesse, ni fausse-couche. La malade a toujours joui d'une bonne santé et n'a constaté ni fléchissement ni amaigrissement.

A l'examen, le 27 juin 1925, l'abdomen, dès l'inspection paraît quelque peu saillant, légèrement asymétrique. Le palper révèle, à gauche de l'hypogastre, une tumeur dure et mobile qui semble plonger dans le pelvis.

Au toucher, le col est régulier avec son orifice dévié vers la gauche.

Par le palper bi-manuel, on perçoit une grosse tumeur, multilobée, mobile, dont les mouvements se transmettent au col. Une grosse bosselure fait saillie à gauche dans la fosse iliaque. La consistance de cette bosselure est plus dure que dans le reste de la tumeur.

A ce moment, la malade n'accepte pas l'idée d'une intervention et je ne la revois plus qu'en février 1933.

Je la revois le 18 février 1933, accompagnée par son médecin, qui me relate les incidents récents qui motivent cette nouvelle consultation.

Il y a un mois environ, sans aucun trouble prémonitoire, sans troubles intestinaux marqués, sans constipation plus marquée, éclate brusquement une crise d'occlusion avec arrêt complet des matières et des gaz, météorisme, douleurs et vomissements.

Au bout de deux jours, tout rentre spontanément dans l'ordre ; les selles redeviennent régulières et il n'y a eu émission ni de sang ni de glaires.

Le médecin ayant constaté, au cours de cet accident, que le fibrome a notablement augmenté de volume, conseille à la malade de revenir me consulter.

Le ventre est maintenant plus gros, plus saillant qu'en 1925 ; le fibrome est visible dès l'inspection. Au palper, on sent une tumeur volumineuse qui remplit tout l'hypogastre ; la bosselure du côté gauche s'est étendue et atteint le flanc gauche. Au toucher, on constate assez nettement deux tumeurs : celle du flanc gauche, qui est dure, arrondie, assez mobile, et une autre incluse dans le pelvis, mais remontant jusque dans l'hypogastre, émergeant à droite, de consistance molle et peu mobile.

En raison des accidents d'occlusion, qui éveillent dans mon esprit un doute sur l'intégrité de l'intestin, malgré la régularité des fonctions intestinales après aussi bien qu'avant l'occlusion, en raison aussi de l'augmentation de volume du fibrome, je conseille à la malade formellement l'intervention qui est acceptée, cette fois, sans plus tarder.

Les examens des urines, du sang, ne fournissent aucune contre-indication à l'intervention. L'urée sanguine est de 0,35. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Opération le 1er *mars* 1933. — Cœliostomie médiane sous-ombilicale. Sous la masse du fibrome, l'intestin n'est pas visible. Nous extériorisons assez facilement la bosselure gauche du fibrome, mais tout le segment inférieur de l'utérus est déformé par un second fibrome volumineux, de consistance molle et entièrement inclus dans le ligament large. Nous procédons à son énucléation méthodique par dédoublement du ligament large, et nous pratiquons une hystérectomie subtotale. A ce moment, l'opération peut être considérée comme terminée après une péritonisation complète.

L'intestin, libéré des champs, ne présente rien d'anormal, mais, instruits par l'expérience, nous proccédons à son exploration méthodique. Presque aussitôt, nous découvrons à la partie supérieure du côlon sigmoïde un noyau dur qui occupe le bord mésentérique du côlon et qui a tous les caractères d'un noyau de néoplasme.

Mais cette localisation sur le bord mésentérique nous rappelle l'aspect des noyaux métastatiques observés dans les cancers multiples de l'intestin, et nous poursuivons l'exploration. Nous trouvons alors au niveau de l'angle splénique du côlon une grosse tumeur complètement adhérente et ayant envahi le tissu sous-péritonal postérieur.

Nous ne pouvons, en raison de l'extension locale, et en raison du noyau métastatique constaté sur le colon sigmoïde envisager une exérèse. Pour parer à de nouveaux accidents d'occlusion, une dérivation seule est rationnelle. Nous donnons la préférence à une entéro-anastomose latéro-latérale entre le côlon transverse et le segment inférieur du côlon sigmoïde en trois plans.

La paroi est fermée en trois plans, sans aucun drainage.

La guérison est obtenue dans les délais normaux sans aucun incident.

Observation VI

(Binet, *Réun. Obst. et Gyn.*, Nancy 1931.)

Occlusion intestinale, fibrome, hydrosalpinx, kyste de l'ovaire, néoplasme recto-sigmoïdien. Anus iliaque.

Mme R..., 41 ans, de constitution robuste, et sans passé pathologique, souffre depuis quelques mois de crises de subocclusion intestinale. Elle éprouve pendant quelques jours avant les règles, en général, du ballonnement du ventre avec arrêt des matières et des gaz. Puis l'intestin fonctionne à nouveau et l'état de santé devient satisfaisant.

Toutefois, le 23 décembre 1928, une crise d'occlusion intestinale plus marquée que normalement se produit. Le ballonnement du ventre s'accentue et l'arrêt des matières et des gaz est complet. Quelques nausées et des vomissements se produisent. Un de nos confrères chirurgien, appelé par le médecin traitant à examiner la malade, diagnostique une occlusion intestinale venant compliquer un fibrome et, en raison de l'état alarmant de la malade, conseille une entérostomie d'urgence.

Cet avis n'est pas accepté par la malade qui est très pusillanime. et 48 heures s'écoulent pendant lesquelles les symptômes s'aggravent encore.

Le mari de Mme R... me demande alors d'examiner la malade.

Examen. — Le palper bi-manuel donne peu de renseignements en raison du météorisme. L'utérus semble très volumineux et très peu mobile.

Le toucher rectal confirme ces renseignements ; on ne perçoit sur le rectum aucun rétrécissement.

Après examen, j'insiste à nouveau sur la nécessité d'une intervention chirurgicale et finis par obtenir l'acquiescement de la malade.

Intervention. — Après rachianesthésie, laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve des anses intestinales surdistendues, les anses grêles sont du volume de l'avant-bras, le gros intestin et le côlon en particulier sont plus volumineux encore. Silence abdominal complet. Les anses peuvent être refoulées vers le diaphragme et protégées par un lit de champs.

On aperçoit alors un kyste de l'ovaire gauche ; à droite, il existe un hydrosalpinx. Les annexes sont enlevées rapidement, et on voit l'utérus fibromateux de forme assez régulière et du volume également d'une tête d'enfant. On l'attire au dehors et on perçoit au niveau du Douglas des brides multiples et derrière ces brides une zone cartonnée, indurée, semblant faire corps avec le gros intestin.

Je pratique l'hystérectomie subtotale, puis je sectionne ces brides qui cravatent l'extrémité inférieure du côlon pelvien, et je découvre à la limite du côlon pelvien et du rectum un cancer en virole.

Je me contente d'amener une anse du côlon sigmoïde au niveau de la fosse iliaque gauche et de l'extérioriser en vue d'un anus iliaque ultérieur.

Suites opérations simples.

Observations VII
(*Inédite*)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Jean Villar. Service de clinique Gynécologique de M. le Professeur Guyot. Hôpital A. Boursier.).

Occlusion intestinale par cancer colo-sigmoïdien simulant un fibrome. — Exérèse. — Anus médian en canon de fusil. Guérison

Mlle Dau... 46 ans, entre à l'hôpital le 8 août 1932, envoyée par son médecin, le Dr Vigouroux, pour fibrome compliqué d'occlusion intestinale.

La malade se plaint depuis deux mois de coliques abdominales allant s'exagérant sans cesse, s'accompagnant de gargouillements, de sensation de torsion avec reptation intestinale sous la paroi. En même temps, vomissements, difficulté pour s'alimenter, constipation allant en augmentant, parfois de diarrhée.

Les accidents sont allés en s'exagérant depuis le début d'août et la malade entre à l'hôpital presque d'urgence.

Examen. — Le 9 août 1933, par M. le Dr J. Villar remplaçant le Pr. Guyot. — Ventre régèrement ballonné, souple partout sauf au niveau de la fosse iliaque gauche, où on trouve une tumeur abdominale plongeant dans le petit bassin. Cette région est douloureuse.

Le toucher vaginal est impossible (persistance de l'hymen).

Le toucher rectal montre une tumeur du volume des deux poings, dure, un peu douloureuse, irrégulière, bosselée, qui paraît développée aux dépens de l'utérus, siégeant dans la partie gauche du petit bassin et particulièrement fixe.

On discute ferme le diagnostic.

Le docteur Villar pense à un fibrome utérin inclus à gauche, mais devant les accidents d'occlusion présentés par la malade et sachant la rareté de l'occlusion intestinale par fibrome, pose le diagnostic de cancer du sigmoïde associé au fibrome.

C'est dans ces conditions que la malade est opérée le 12 août 1933, tout étant prêt pour une résection intestinale.

Opération. — Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. n de général. La tumeur perçue est développée aux dépens du segment colo-sigmoïdien. Elle est grosse comme un petit melon, complètement fixée au niveau du détroit supérieur. On décide l'exérèse. Celle-ci est extrêmement difficile. On est obligé de décoller tout le côlon descendant, et de disséquer la tumeur petit à petit de l'uretère, de la veine iliaque primitive gauche, des vaisseaux mésentériques qu'on est arrivé à épargner. On résèque le pédicule utéro-ovarien gauche.

Par suite de la rétraction du meso au niveau de la tumeur, nécessitant un sacrifice vasculaire considérable, on est obligé de pousser très loin vers le haut et vers le bas les sections des deux bouts coliques.

Anus médian en canon de fusil ; les deux bouts sont péniblement amenés hors de la cicatrice mais leurs vaisseaux sont assez tendus.

Contre-incision latérale gauche et mise en place d'un Mickulicz, dans la zone de décollement. Deux grosses pinces sont placées sur les deux bouts coliques. La résection de l'anse est faite au ras, l'opération étant complètement terminée.

Suites difficiles. Suppuration de la paroi. Néanmoins, peu à peu, l'orifice artificiel se ferme et, dans le courant de l'année 1933, l'intestin étant aidé par des lavements, les selles seront évacuées par l'anus.

Quel enseignement recueillir de ces quelques cas, quelle conclusion en tirer ? La première nous montre un cas rare

d'étranglement de l'intestin dans une brèche épiploïque, de diagnostic impossible à faire avant l'intervention. Dans les six autres, nous constatons la concomittance, au cours d'une occlusion, d'un fibrome utérin et d'un néoplasme de l'intestin. Cinq fois sur six, c'est la portion terminale — sigmoïde ou rectum — qui est atteinte ; dans la 6e, c'est au niveau de l'angle splénique que siège la tumeur.

Comment, dans la pathologie de ces occlusions, départager la responsabilité de la tumeur utérine et de la tumeur intestinale ?

Dans les observations II et III, le processus malin semble pourtant avoir la plus grosse part. La striction des tuniques intestinales par cette sorte de bague que constitue le cancer du sigmoïde, l'oblitération progressive de sa lumière et la perte de souplesse créée par le développement du processus, paraissent, bien plus que la compression exercée par le fibrome dans ces deux cas, assez mobile, non gêné dans son évolution, être la cause déterminante de l'iléus. Sans doute, pouvons-nous dire que le rôle attribué à la tumeur utérine n'est pas confirmé par les découvertes opératoires, et qu'au contraire, c'est bien le cancer du sigmoïde qui est responsable ; cancer dont la présence n'était décelable ni par la recherche des antécédents digestifs, ni par l'examen, le toucher rectal n'ayant rien pu découvrir.

La même conclusion semble pouvoir être tirée des observations IV, VI et VII. Cette dernière présente, en outre, une particularité remarquable : cette simulation, si l'on peut dire, d'une tumeur utérine par le cancer du segment colo-sigmoïdien.

La cinquième prête davantage à discussion. En effet, les accidents d'occlusion aiguë avaient disparu lors de l'intervention, et pour cette raison il est très difficile de pouvoir préciser le rôle respectif de la tumeur maligne ou de la tumeur bénigne. Sans doute, si, opérant au cours de la crise aiguë d'occlusion, le chirurgien avait trouvé un côlon

dilaté jusqu'au niveau de l'angle splénique, aplati au-dessous, nous pourrions indiscutablement reconnaître dans le cancer de l'intestin la cause de l'iléus.

Mais, au contraire, lors de l'intervention, les phénomènes avaient complètement disparu ; tout était rentré dans l'ordre après 48 heures d'arrêt des matières et des gaz — et même, écrit M. Okinczyc, « la régularité des fonctions intestinales était la même, après qu'avant l'occlusion ». On ne saurait donc plus parler, à cette date, d'occlusion complète, d'occlusion vraie.

Peut-on donc conclure que les accidents précédents étaient dus uniquement à la tumeur de l'angle splénique en affirmant « que le fibrome ne pouvait, à lui seul, provoquer, fût-il enclavé, le syndrome d'occlusion aiguë ?

Nous ne le croyons pas, car, répétons-nous, il eut fallu pouvoir s'assurer du niveau précis de l'occlusion au moment de la crise, pour avoir le droit absolu d'affirmer que l'obstacle était là. D'autre part, la régression des phénomènes occlusifs, bien mieux, la *restitutio ad integrum* de la régularité intestinale, après une occlusion aiguë, au cours des néos du côlon gauche, est loin d'être la règle.

Et ne pourrions-nous rendre responsable le fibrome qui a, selon le mot du médecin traitant, notablement augmenté de volume ? Ce fibrome, dont la bosselure atteint le flanc gauche, ne serait-il pas plus susceptible encore d'avoir créé cette occlusion puisqu'il est doublé d'un « second » fibrome volumineux, de consistance molle, et entièrement inclus dans le ligament large ? Sans doute, puisque nous avons vu que les fibromes gênés dans leur évolution hors du pelvis ou bridés dans leur mobilité — et c'est ici le cas — étaient plus redoutables que les autres. Et, d'autrepart, n'aurait-il pu, à l'approche des règles subir une augmentation du volume ? Augmentation de volume sur qui Sennewald attire l'attention, qui, parfois, constitue la cause déterminante de l'iléus. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle nous paraît soutenable.

Si nous les connaissions, les précisions sur la date des règles pourraient fournir un élément de probabilité. Leur absence ne peut ni confirmer ni infirmer notre hypothèse.

D'autre part, l'affirmation de M. Okinczyc n'est-elle pas un peu trop catégorique ?

« Un fibrome peut-il, par compression, provoquer une occlusion intestinale aiguë, vraie, complète, avec arrêt des matières et des gaz ? Il y a déjà trois ans, à la tribune, le 19 février 1930, j'avais conclu par la négative et je mettais en garde notre perspicacité quand nous trouvions chez une malade, associés, les signes d'un fibrome et ceux d'une occlusion intestinale. Je conseillais, dans ces cas, l'exploration méthodique de l'intestin avec la conviction que le fibrome, à lui seul, fût-il enclavé, ne pouvait provoquer le syndrome de l'occlusion aiguë. J'avais apporté à l'appui de cette affirmation une observation typique où se trouvaient associés un volumineux fibrome utérin et un cancer sigmoïdien. »

Et voici sur quelles bases M. Okinczyc appuyait sa négation des occlusions par fibrome :

Sur 240 fibromes, simples ou compliqués, qu'il a opérés, il n'a jamais rencontré d'occlusion vraie, aiguë, si ce n'est dans les deux cas plus haut rapportés ; or, dans ces deux cas, existait un cancer coliquec.

Ces faits constituent-ils des arguments suffisants pour pouvoir nier l'existence d'occlusions vraies par fibrome utérin ?

Peut-on, parce qu'on n'a jamais rencontré une affection au cours d'une carrière, si bien remplie soit-elle, nier son existence ? Peut-on, à bon droit encore, concluant du particulier au général, décréter que puisque deux fois on a découvert un cancer colique dans une occlusion attribuée à un fibrome, il n'y a jamais d'occlusion par fibrome ? Telle est, cependant, l'affirmation négative, si j'ose dire, qui se dégage de commentaires dont M. Okinczyc accompagne son observation et dont la conclusion est celle-ci :

« Je me demande si l'affirmation de cette possibilité de l'occlusion aiguë par compression ou enclavement des fibromes n'est pas une de ces formules controuvées que chacun rejette et reproduit indéfiniment dans chaque édition nouvelle des ouvrages didactiques, sans en vérifier la valeur. »

Il semble, cependant, que l'argumentation de M. Okinczyc soit un peu insuffisante pour prouver l'inexistence de cette complication des fibromes puisque nous avons pu en réunir 28 observations. Sur ces 28 cas, 18 fois les vérifications opératoires ou nécropsiques sont précises et formelles : il n'existe aucune autre cause d'occlusion.

Onze fois, l'hystérectomie ou la myomectomie ont été suivies de guérison. Dans les autres cas, les précisions manquent et cette absence ne nous permet pas de formuler une conclusion indiscutable. Cependant, dans 64 % de nos observations, le diagnostic d'occlusion par fibrome a été établi et vérifié soit au cours de l'intervention, soit *post mortem* sans discussion possible.

Dans 30 % des cas, il y a quasi-certitude en faveur de l'origine fibromateuse, puisque la guérison a succédé à l'ablation de la tumeur : *sublata causa tollitur effectus.*

Les autres sont également rapportées comme occlusion par fibromes, mais les comptes rendus opératoires ne sont pas suffisamment explicites pour en faire argument.

Ainsi, au point de vue du diagnostic causal, nous conclurons qu'il ne faut pas, comme M. Okinczyc, affirmer d'emblée que lorsqu'il y a occlusion et fibrome, ce dernier est certainement étranger à l'occlusion. Il faut, au contraire, après un examen méthodique et minutieux, après un interrogatoire sévère, portant surtout sur le passé intestinal, éliminer, sans parti pris, les différents diagnostics ne correspondant pas au tableau clinique.

Dès lors, nous étant entouré de toutes les garanties que nous donneront un interrogatoire et un examen bien con-

duits, nous pourrons établir notre diagnostic avec les plus grandes chances de probabilité.

Pronostic.

Forme aiguë. — L'occlusion intestinale aiguë, par fibrome comporte un pronostic de haute gravité, comme, d'ailleurs, toutes les formes d'occlusion aiguë. Sur un total de 28 observations, nous relevons 11 morts et 17 guérisons. Exprimant ce résultat sous une autre forme, nous pouvons écrire que la mortalité atteint 36 %. Si le cours des matières ne se rétablit pas, l'issue fatale est la règle. « *Morbus terribilis, creberrime letalis* », disait Haën. La libération spontanée de l'intestin a peu de chance de se produire, et en dehors d'un traitement médical ou chirurgical dont l'efficacité sera d'autant plus grande que le traitement aura été plus tôt mis en œuvre, les malades ont fort peu de chances de guérison. Comment survient l'issue fatale ? En quelques jours, parfois moins, par perforation ou péritonite, comme nous l'avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique, l'évolution se faisant vers l'ulcération et le sphacèle du segment comprimé par le fibrome ; ou bien la mort sera l'effet de l'intoxication progressive due à la résorption des produits toxiques retenus dans l'intestin et résorbés, et à l'affaiblissement dû à l'intensité des phénomènes réflexes nerveux. Dans certains cas à évolution extrêmement rapide, la mort survient dans 24 ou 48 heures ; la malade est en quelque sorte sidérée (Jalaguier).

Occlusion chronique. — Dans cette forme, le pronostic est moins grave ; il faut cependant savoir que ces formes chroniques peuvent tout à coup se transformer et devenir de véritables occlusions aiguës. Peut-être, l'organisme est-il mithridatisé en quelque sorte, par la chronicité de l'occlusion ; la résorption progressive mais lente qui se produit est-elle susceptible d'une sorte de vaccination de l'organisme ?

Quoi qu'il en soit, le pronostic est fonction du traitement appliqué et, surtout, comme le montre la statistique de Naunyn, de la précocité avec laquelle il est appliqué ; plus tôt les malades seront traitées moins sera à redouter l'issue fatale.

Naunyn a, en effet, pu établir que sur 288 cas d'occlusion intestinale le traitement précoce était très supérieur. La laparotomie effectuée dans les 48 premières heures donne, selon lui, 75 % de guérisons. Au contraire, si l'on attend le troisième jour pour intervenir, les guérisons tombent à 40 %. La mortalité augmente donc de 35 % après les deux premiers jours.

Quel est donc le traitement à mettre en œuvre ? C'est ce que nous étudierons dans le prochain chapitre.

Traitement.

Ce qui a été fait. — a) Traitement médical. Il consiste à essayer de refouler, par des manœuvres manuelles externes, la tumeur utérine vers le haut, de façon à la faire ascensionner vers la cavité abdominale et à libérer ainsi l'intestin. C'est la méthode qu'employèrent Dovay dans l'observation 1 et Duchaussoy dans l'observation 7, avec succès d'ailleurs, puisque le transit intestinal redevint normal après quelques jours. Il fut également essayé, mais avec insuccès complet, chez la malade qui est l'objet de l'observation 15 de Bernadet.

Jude Hue, de Rouen, qui prétend avoir vu de nombreux cas d'occlusion par fibrome, utilisait pour maintenir la réduction obtenue, un pessaire. La technique que nous retrouvons dans la publication de Bernadet est celle-ci : la malade étant en décubitus dorsal, ou plutôt en position génu-pectorale, est invitée à respirer largement; puis, par une pression vaginale, ou rectale, aidée par une main abdominale, on tente de refouler le fibrome vers le haut pour lui faire franchir le détroit.

Cette intervention médicale constituait, évidemment, une méthode originale et parfois efficace puisque Douay, Duchaussoy et J. Hue en publièrent des succès. Mais ce n'était qu'une méthode d'urgence, un pis-aller. En effet, la cause n'en persistant pas moins l'effet pouvait se reproduire. C'est une méthode néanmoins utile, puisqu'elle permet, dans des cas particuliers d'urgence ou d'éloignement d'un centre chirurgical, de parer au plus pressé et de sauver parfois la malade. Mais, outre le reproche de ne constituer qu'un procédé d'urgence, on peut lui faire celui de ne pas toujours être possible puisque Bernadet tenta la réduction sans succès. D'autre part, il est nécessaire de mettre en œuvre une certaine puissance que Jude Hue évalue à 10 ou 15 kgr. ; et cela peut ne pas être sans inconvénients, car les manœuvres sont aveugles et dans des cas d'adhérences elles permettent le risque de rupture de ces dernières ou des organes de voisinage qui ne sont pas sans présenter un certain danger. Néanmoins ce traitement médical mérite d'être retenu et tenté lorsqu'il y a impossibilité d'agir chirurgicalement.

Traitement chirurgical

Avant les travaux remarquables de Pasteur qui permirent l'essor de la chirurgie, les interventions étaient malheureusement très meurtrières surtout dès que l'on abordait la région abdominale où la susceptibilité du péritoine est extrême.

Néanmoins Fourestié vers 1875 préconisait dans les cas d'occlusion la ponction de l'intestin ; mais l'issue n'en était pas moins désastreuse et si l'occlusion ne faisait pas mourir la malade c'était la péritonite due à la perforation de l'intestin qui l'emportait.

De là, la tendance légitime des chirurgiens de l'époque à ouvrir l'intestin pour donner issue aux matières retenues,

dans une zone non péritonisée. Tel était le but recherché par la colotomie lombaire ou méthode de Callisen. Elle consistait à ouvrir le côlon par sa face postérieure où il est dépourvu de péritoine dans une certaine étendue, dans sa portion fixe. C'est entre la dernière fausse côte et la crête iliaque gauche ou droite qu'on allait le chercher, traversant toute l'épaisseur de la paroi adbominale postérieure.

Après une incision verticale ou oblique (Trélat, Baudens, Allingham) on traversait le tissu cellulo-adipeux puis après avoir rencontré le grand dorsal en haut, le grand oblique en bas on perforait l'aponévrose commune au petit oblique et au transverse. Puis, réclinant le bord externe du carré des lombes, on accédait directement sur la face postérieure de l'intestin que l'on suturait aux lèvres de la plaie cutanée (Chaumel).

Le gros avantage que les chirurgiens de l'époque reconnaissaient à cette intervention était de ne pas ouvrir le péritoine, car là était le gros danger : infection par les matières septiques et péritonite consécutive. Les résultats ne semblent pas cependant extrêmement favorables. Dans deux de nos observations où la colotomie lombaire fut pratiquée (obs. 8, Holdhouse et obs. 9 Broca) les malades furent emportées. D'autre part l'épreuve du temps qui consacre la valeur d'une intervention chirurgicale démontra que ce n'était pas là l'intervention idéale. La colotomie lombaire n'est plus qu'un souvenir mentionné dans les traités de chirurgie du siècle dernier et est depuis longtemps abandonnée.

Quel est ou quels sont les traitements actuellement employés ?

Parmi ceux-ci, le premier se propose d'évacuer l'intestin en créant un orifice de sortie au-dessus de l'obstacle c'est l'anus iliaque gauche ; le second a pour but de supprimer cet obstacle — sublata causa, tollitur effectus — c'est l'hystérectomie qui enlève en bloc utérus et fibrome ou la myomectomie qui supprime seulement la tumeur.

L'anus iliaque présente le gros avantage d'être une opération très simple, très rapide, pouvant se faire sous anesthésie régionale à la cocaïne, partant très peu choquante. Par cet anus artificiel l'évacuation des matières pourra se faire et on pourra ainsi lutter contre les accidents de stercorémie qui menacent la vie des malades. Mais à côté de ces avantages de bénignité et de simplicité, l'anus iliaque simple présente de gros inconvénients. Nous avons vu que dans les observations 11, 12, 14, 15, 26 soit cinq fois sur un total de vingt-sept malades observés il existait des lésions de nécrose dont l'aboutissant ne pouvait être que la péritonite par perforation. L'anus iliaque dans ces cas se révèle comme un moyen insuffisant. S'il est efficace contre le syndrome occlusion, il ne peut rien contre l'élément nécrose qu'il ne peut mettre en évidence, puisqu'on ne peut explorer l'intestin. Cependant cette exploration est nécessaire puisque la perforation intestinale par sphacèle de la paroi s'est produit dans 1/5e de nos observations.

L'anus iliaque après laparotomie exploratrice échappe à cette critique car l'ouverture de la cavité abdominale permet d'examiner l'intestin et de vérifier l'intégrité de ses parois.

A l'avantage qu'elle présente de repérer les lésions, la laparotomie ajoute celui de vérifier le diagnostic et de déceler parfois un néoplasme de l'intestin qui pourra être à l'origine de l'occlusion. (Observations d'Okinczyc, Binet, Lafourcade). Certains chirurgiens préfèrent cependant faire la dérivation par anus artificiel dans un premier temps de façon à pouvoir lutter contre l'intoxication stercorale, se réservant dans un second temps d'intervenir pour enlever la cause de l'obstacle en pratiquant l'hystérectomie.

L'hystérectomie, le plus souvent subtotale est évidemment l'opération radicale puisqu'elle supprime l'obstacle et permet le rétablissement du transit intestinal. Mais c'est une

opération assez choquante et qui a une contre-indication : l'état général de la malade. Nous avons vu que les malades atteints d'iléus sont des malades dont l'état général est touché ; nous avons vu également dans l'étude du pronostic que ce dernier, sérieux au début, devenait d'autant plus grave que l'intervention était différée. Faut-il donc, à une malade déjà intoxiquée fortement, faire courir le risque d'une intervention choquante ? Cela dépendra de l'état de cette malade et de l'éloignement où l'on est du début des accidents d'occlusion, comme nous allons le voir.

Conduite a tenir.

En face d'une occlusion par fibrome utérin il semble qu'on puisse tracer la ligne de conduite suivante, en réservant au cas très particulier d'extrême urgence et d'éloignement, le traitement par manœuvres externes. Tout d'abord faire la laparotomie. Celle-ci permettra le repérage des lésions, l'exploration méthodique de l'intestin pour éviter toute possibilité de laisser passer inaperçu un néoplasme latent.

1° *Le diagnostic est exact : l'occlusion est due au fibrome.* Ici, deux cas possibles. Si la malade a un état général trop touché, on finira la laparotomie, s'il n'y a pas de lésions de sphacèle de l'intestin, par un anus iliaque pour permettre de remonter la malade. Puis, on complètera dans un second temps par l'hystérectomie, qui supprimera la cause de l'Iléus.

Si l'état général est bon, on pratiquera l'ablation de l'utérus fibromateux et ainsi sera rétabli le transit intestinal ; mais cette cure radicale en un seul temps est à réserver aux malades dont l'état général est bon, afin de ne pas leur faire courir de risque inutile.

2° *Le diagnostic est erroné.*

Bien que le diagnostic d'occlusion par fibrome ait été porté la laparotomie pourra montrer que le diagnostic était erronné ou incomplet : elle révèlera l'association d'un néoplasme intestinal — colique ou rectal — au fibrome.

Cette notion d'association devra d'ailleurs être toujours présente à l'esprit du chirurgien dans les occlusions que l'on semble devoir rapporter à une compression par fibrome, car nous savons la rareté de cette pathogénie d'iléus.

La constatation du néoplasme peut être faite soit aussitôt après l'ouverture du ventre (obs. de Okinczyc) soit seulement après ablation de la tumeur utérine, cause présumée de l'occlusion (obs. du docteur Lafourcade). Dans le premier cas, le fibrome passe au second plan. Si l'état général est touché on pratiquera la déviation des matières par anus iliaque quitte à intervenir dans de meilleures conditions pour effectuer le second temps. Si l'état général de la malade, et les conditions opératoires le permettent, on pourra dans le même temps effectuer la résection et l'entéro-anastomose.

Dans le second cas, il se peut que l'exploration intestinale n'ait pas été possible soit à cause du volume de la tumeur utérine, soit à cause des difficultés rencontrées (obs. 26 et 27) et l'hystérectomie a déjà été pratiquée, lorsqu'on perçoit la tumeur néoplasique du côlon ou du rectum. Ici, de même que dans le premier cas, la conduite est question d'appréciation de la part du chirurgien. Si la malade n'était pas trop intoxiquée par son occlusion, si la marche de l'anesthésie est bonne, et son importance est considérable en effet, car on sait combien choquante est l'éviscération au cours d'une mauvais anesthésie, surtout dans les conditions où l'on se trouve ici, on pourra tenter la résection. Mais si l'on craint de faire courir à la malade un risque qui assombrisse encore un pronostic déjà sérieux, mieux vaut faire simplement un anus iliaque permettant à la malade de se

désintoxiquer et de revenir à un état de santé qui permettra plus tard la cure radicale ; on lui accordera ainsi le bénéfice d'une guérison plus certaine.

Il est évident d'autre part que le traitement médical devra marcher de pair avec le traitement chirurgical. Le but poursuivi sera double : d'abord lutter contre l'intoxication ; ensuite soutenir l'état général.

La première indication sera remplie par le lavage d'estomac, qui débarrassera ce dernier d'une partie des toxines qui y sont contenues et diminueront les vomissements si épuisants pour les malades.

On soutiendra l'état général par les médications cardiotoniques telles que caféine, spartéine, huile camphrée ; l'injection de sérum artificiel pourra même être utilement pratiquée, afin de remédier à la déshydratation que causent les vomissements.

En résumé, la laparotomie sera le premier acte du traitement chirurgical ; elle sera suivie selon les indications données par l'état de la malade et les possibilités opératoires par un anus de dérivation ou par une hystérectomie qui sera la cure radicale.

Mais le chirurgien ne devra jamais oublier la rareté de l'occlusion comme complication d'un fibrome utérin et toujours faire préparer avant l'intervention le matériel nécessaire à une résection pour néoplasme de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, grâce à la mise en œuvre d'un traitement médical joint au traitement chirurgical que l'on choisira selon les indications du moment, on pourra sauver la vie de nombreuses malades. Mais nous insisterons surtout sur l'importance que souligne la statistique de Naunyn citée plus haut, à savoir que le pronostic des interventions pour les occlusions intestinales est intimement lié à la précocité de son application. Plus on opérera tôt, plus on aura de chances de guérir les malades sans leur faire courir des risques inutiles.

CONCLUSIONS

I. L'occlusion intestinale par fibrome est une complication rare de ces derniers. Elle se rencontre surtout aux environs du terme de la vie génitale de la femme, de cette époque dont Albertin disait : « ... La ménopause est bien plutôt l'âge critique du fibrome utérin au sens le plus défavorable du mot ». « Les causes prédisposantes sont toutes celles qui gênent l'évolution normale du fibrome hors du petit bassin, vers la cavité abdominale. Les causes déterminantes sont les chocs, les chutes et surtout l'augmentation de volume au moment des règles » (Sennewald).

II. La compression de l'intestin par la tumeur est la cause la plus fréquente de l'occlusion. Néanmoins, celle-ci peut résulter de brides, d'adhérences nées dans son voisinage surtout lorsqu'il y a eu infection des organes voisins (salpingites, appendicites). Pour que la compression puisse déterminer l'occlusion, trois facteurs sont nécessaires :

a) L'existence d'un plan résistant ;

b) L'immobilisation du segment intestinal ;

c) L'immobilisation de la tumeur.

III. Le diagnostic se fera sur les signes d'existence de la tumeur utérine, sur la concordance des accidents avec le début des règles lorsque les malades n'auront point atteint la ménopause, sur les anamnestiques qui mettront en évidence une chute ou un traumatisme. Il se fera d'autre part sur l'élimination, par un interrogatoire et un examen approfondis, de toute autre cause d'occlusion. Néanmoins devant la rareté de cette forme d'Ileus, il faudra toujours soupçonner la possibilité d'un néoplasme du tube digestif

et avant l'intervention, faire préparer le matériel nécessaire à une résection intestinale. L'occlusion chez une femme fibromateuse peut être le fait non du fibrome mais d'une cause étrangère à celui-ci (néo, bride, hernie interne) qu'il faudra soigneusement rechercher dès le ventre ouvert.

IV. Le pronostic est grave ; il dépend du siège de l'occlusion, de l'intensité des phénomènes d'intoxication, de l'état de santé de la malade et surtout de la précocité de l'intervention.

V. Le traitement tendra vers un double but :

a) Lutte contre l'intoxication ;

b) Suppression de l'obstacle.

Il sera donc à la fois médical et chirurgical. Ce dernier sera effectué en un seul temps si l'état de la malade le permet : laparotomie qui permet le repérage des lésions et hystérectomie.

Si l'état général ne permet pas cette thérapeutique, dans un premier temps on fera une laparotomie suivie d'un anus iliaque de dérivation. Cela permettra à la malade fatiguée de reprendre ses forces et de subir plus tard le second temps de la cure radicale, l'hystérectomie, qui enlevant la tumeur, supprimera du même coup la cause de l'occlusion, et guérira la malade.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer,
Le Président de la Thèse,
GUYOT

Vu et permis d'imprimer ;
Bordeaux, le 13 juillet 1934
Le Recteur de l'Académie
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — *Société anatomique de Paris*, 1895.
Albertin. — *Lyon Médical*, 1911-730.
Bégouin. — *Traité de path. chirurgicale.*
Beliard. — *Contribution à étude obstr. chron. du gros intestin*, Thèse, Paris, 1911.
Bernadet. — Th. Toulouse, 1922.
Binet. — *Bull. et Mém. soc. nat. Chir.*, 1933.
Boeckel. — *Revue de Gynécologie*, 1899-481.
Bosc et **Blanc.** — *Arch. méd. expérim.*, 1895-735.
Broca et **Faucon.** — *Bull. soc. Chirurgie*, 1873.
Cavaillon et **Leclerc.** — *Rev. Gynécologie et Chirurg. adbom.*, 1907, p. 442.
Chaumel. — *Précis chirurgie.*
Chavannaz (G.). — *Rev. Gynec. et obst. de Bordeaux*, 1901.
Chevalier. — *Archives de Toxicologie.*
Cornil et Ranvier. — *Traité Hystologie-Pathologique.*
Cruveilhier. — *Traité anat. pathol.*
Cullingworth. — « Fibromyom of Uterus causing death two years after menopause », *Soc. of London*, 1898-292.
Curatolo. — *Annali di ostetrica ginec.*
Delore. — *Serv. du prof. Poncet.*
Duchaussoy. — *Mémoire Acad. Méd.*, 1860.
Ficaï. — Voir Lœper.
Epron. — Thèse Bordeaux, 1902.
Faucon. — *Mém. Acad. Méd.*, 1873.
Faucon. — *Bull. Soc. Chir.*, 1873.
Faure (J.-L.). — *Traité de Gynécologie.*
Fercy-Paton. — *British Medical Journal*, 17 janv. 1903.
Fourestie. — *Gaz. Méd. Paris*, février 1875.
Gandy. — *Soc. anat. Paris*, 1895.
Guenict. — *Soc. de chirur.*, 1873.
Guyon. — Th. agrég., 1873.
Holden. — « Survey of 135 cases of occlusion of the bowels », *Arch. surgery Chicago*, 1926.VIII.882.

et avant l'intervention, faire préparer le matériel nécessaire à une résection intestinale. L'occlusion chez une femme fibromateuse peut être le fait non du fibrome mais d'une cause étrangère à celui-ci (néo, bride, hernie interne) qu'il faudra soigneusement rechercher dès le ventre ouvert.

IV. Le pronostic est grave ; il dépend du siège de l'occlusion, de l'intensité des phénomènes d'intoxication, de l'état de santé de la malade et surtout de la précocité de l'intervention.

V. Le traitement tendra vers un double but :

a) Lutte contre l'intoxication ;

b) Suppression de l'obstacle.

Il sera donc à la fois médical et chirurgical. Ce dernier sera effectué en un seul temps si l'état de la malade le permet : laparotomie qui permet le repérage des lésions et hystérectomie.

Si l'état général ne permet pas cette thérapeutique, dans un premier temps on fera une laparotomie suivie d'un anus iliaque de dérivation. Cela permettra à la malade fatiguée de reprendre ses forces et de subir plus tard le second temps de la cure radicale, l'hystérectomie, qui enlevant la tumeur, supprimera du même coup la cause de l'occlusion, et guérira la malade.

Vu ;
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer,
Le Président de la Thèse,
GUYOT

Vu et permis d'imprimer ;
Bordeaux, le 13 juillet 1934
Le Recteur de l'Académie
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — *Société anatomique de Paris*, 1895.
Albertin. — *Lyon Médical*, 1911-730.
Bégouin. — *Traité de path. chirurgicale.*
Beliard. — *Contribution à étude obstr. chron. du gros intestin*, Thèse, Paris, 1911.
Bernadet. — Th. Toulouse, 1922.
Binet. — *Bull. et Mém. soc. nat. Chir.*, 1933.
Boeckel. — *Revue de Gynécologie*, 1899-481.
Bosc et **Blanc**. — *Arch. méd. expérim.*, 1895-735.
Broca et **Faucon**. — *Bull. soc. Chirurgie*, 1873.
Cavaillon et **Leclerc**. — *Rev. Gynécologie et Chirurg. adbom.*, 1907, p. 442.
Chaumel. — *Précis chirurgie.*
Chavannaz (G.). — *Rev. Gynec. et obst. de Bordeaux*, 1901.
Chevalier. — *Archives de Toxicologie.*
Cornil et Ranvier. — *Traité Hystologie-Pathologique.*
Cruveilhier. — *Traité anat. pathol.*
Cullingworth. — « Fibromyom of Uterus causing death two years after menopause », *Soc. of London*, 1898-292.
Curatolo. — *Annali di ostetrica ginec.*
Delore. — *Serv. du prof. Poncet.*
Duchaussoy. — *Mémoire Acad. Méd.*, 1860.
Ficaï. — Voir Lœper.
Epron. — Thèse Bordeaux, 1902.
Faucon. — *Mém. Acad. Méd.*, 1873.
Faucon. — *Bull. Soc. Chir.*, 1873.
Faure (J.-L.). — *Traité de Gynécologie.*
Fercy-Paton. — *British Medical Journal*, 17 janv. 1903.
Fourestie. — *Gaz. Méd. Paris*, février 1875.
Gandy. — *Soc. anat. Paris*, 1895.
Gueniot. — *Soc. de chirur.*, 1873.
Guyon. — Th. agrég., 1873.
Holden. — « Survey of 135 cases of occlusion of the bowels », *Arch. surgery Chicago*, 1926.VIII.882.

Holdhouse. — *Transact of path. society of London*, III-273.
Klecki (de). — *Anat. Path.*, 1895.710.
Labadie.-Lagrave et **Legueu**. — *Traité de Gynécologie.*
Lamarre. — *Bull. Soc. anat.*,1883.
Leblond. — *Les indic. de la gastrectomie.*
Legueu. — Voir Labadie-Lagrave.
Letulle. — *Soc. anat. Paris*, 1895. 1895.
Levêque. — *Bull. Soc. anat.*, 1883.
Loeper et **Ficai**. — *Bull. Soc. Anat.*, 1907-470.
Mathieu. — « Etude clinique des occlus. lentes de l'intestin grêle, *Gaz. Hôp. Paris*; 1913-917.
Mazet. — Thèse Bordeaux, 1907.
Métiviet. — *Bull. et Mem. Soc. anat. chir. Paris*, 1933.
Mondor. — *Les diag. urgents.*
Okinczyc. — *Bull. soc. nat. Chirurgie*, 1930.
— *Id.*, 1933-569.
Paton. — *British Medical Jal.*, 17 janvier 1903.
Pellanda. — *La mort par fibrome uter.*, Lyon 1919.
Perez-Fontana. — *Les occlusions intestinales en Gynécologie*, Montevideo, 1922-1923.
Poirier. — *Bull. soc. anat.*, 371.
Poirier. — *Traité Anatomie.*
Pozzi. — *Traité de Gynécologie.*
Prat. — « Classificat. des causes d'Ileus », *Arch. fac. Med., Montevideo*, janv-févr., 1922, 17.27.99.
Schwartz. — *Rev. chir.*, 1883.
Sée (Marc). — Voir Leblond (article).
Sennewald (F.). — « Myoma as cause of Ileus », *Zeutralhl. für Gynak*, 54, 30 août 1930.
Tarte. — Thèse Nancy, 1922.
Virchow. — *Pathologie des tumeurs*, III, 364.
Weber. — « Occlusion par grand fibrome calcifié », *Soc. gynec. Paris*, 1926.XV.523.
Wlachos. — Thèse Paris, 1921.

Bordeaux. — Imprimerie J. Bière, 18-20-22, rue du Peugue. 1934.